

2025

Evidence of Coverage

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

New York H5992-007

Epektibo mula Enero 1 hanggang Disyembre 31, 2025



Enero 1 – Disyembre 31, 2025

Evidence of Coverage:

Ang Iyong Mga Benepisyo at Serbisyo sa Kalusugan ng Medicare at Saklaw ng Inireresetang Gamot bilang Miyembro ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP)

Ang dokumentong ito ay nagbibigay sa iyo ng mga detalye tungkol sa pangangalaga sa iyong kalusugan ng Medicare at Medicaid, long-term care, mga serbisyo sa tahanan at nakabatay sa komunidad at saklaw ng reselang gamot mula Enero 1 – Disyembre 31, 2025. **Isa itong mahalagang legal na dokumento. Itago ito sa isang ligtas na lugar.**

Para sa katanungan tungkol sa dokumentong ito, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (833) 671-0440. (Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711). Ang mga oras ay sa Oktubre 1 – Marso 31, 8 a.m. – 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 – Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m. lokal na oras. Libre ang tawag na ito.

Ang plan na ito, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ay inaalok ng Senior Whole Health of New York, Inc. (Kung sinabi ng Evidence of Coverage na “kami,” “tayo,” or “aming,” ito ay nangangahulugang Senior Whole Health of New York, Inc. Kung sinabi nitong “plan” or “aming plan,” ito ay nangangahulugang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Ang dokumentong ito ay available ng libre sa Spanish, Chinese, Arabic, Korean, Russian, Italian, French, French Creole, Yiddish, Polish, Tagalog, Bengali, Albanian, Greek and Urdu.

Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa (mga) wikang hindi English o sa iba pang format, gaya ng malaking letra, braille, o audio. Tumawag sa (833) 671-0440, (TTY: 711). Libre ang tawag.

Maaaring magbago ang mga benepisyo sa Enero 1, 2026.

Ang pormularyo, network ng parmasya, at/o network ng provider ay maaaring magbago anumang oras. Makakatanggap ka ng paunawa kung kinakailangan. Aabisuhan namin ang mga apektadong nagpatala tungkol sa mga pagbabago nang hindi bababa sa 30 araw nang maaga.

Molina Healthcare ay isang C-SNP, D-SNP at HMO na plano na may kontrata sa Medicare. Ang mga plano ng D-SNP ay may kontrata sa programa ng Medicaid ng estado. Nakadepende ang pagpapatala sa pag-renew ng kontrata.

Ipinapaliwanag ng dokumentong ito ang mga benepisyo at karapatan mo. Gamitin ang dokumentong ito para maunawaan ang tungkol sa:

- Ang premium ng iyong plano at hatian ng gastos;
- Ang iyong mga benepisyong medikal at inireresetang gamot;
- Paano maghain ng reklamo kung hindi ka nasiyahan sa isang serbisyo o paggamot;
- Paano makipag-ugnayan sa amin kung kailangan mo ng karagdagang tulong; at,
- Iba pang mga proteksyon na kinakailangan ng batas ng Medicare.

Talaan ng Mga Nilalaman**2025 Katibayan ng Saklaw****Talaan ng Mga Nilalaman**

KABANATA 1:	<i>Pagsisimula bilang isang miyembro</i>	4
SEKSYON 1	Panimula	5
SEKSYON 2	Ano ang dahilan para ikaw ay maging kwalipikadong miyembro ng plano?	7
SEKSYON 3	Mahahalagang materyales sa pagiging miyembro na matatanggap mo	9
SEKSYON 4	Ang iyong buwanang mga gastos para sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	11
SEKSYON 5	Higit pang impormasyon tungkol sa iyong buwanang premium	13
SEKSYON 6	Pagpapanatiling napapanahon ng iyong rekord bilang miyembro	14
SEKSYON 7	Paano gumagana ang ibang seguro sa aming plano	14
KABANATA 2:	<i>Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan</i>	16
SEKSYON 1	Mga contact ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) (kung paano makikipag-ugnayan sa amin, kabilang ang kung paano maabot ang Mga Serbisyo sa Miyembro)	17
SEKSYON 2	Medicare (kung paano direktang makakakuha ng tulong at impormasyon mula sa programang Federal Medicare)	21
SEKSYON 3	Programang Tulong sa Seguro sa Kalusugan ng Estado (libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa mga tanong mo tungkol sa Medicare)	23
SEKSYON 4	Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad	23
SEKSYON 5	Social Security	24
SEKSYON 6	Medicaid	25
SEKSYON 7	Impormasyon tungkol sa mga programa para tulungan ang mga tao na mabayaran ang kanilang mga inireresetang gamot	28
SEKSYON 8	Paano makikipag-ugnayan sa Railroad Retirement Board	29
SEKSYON 9	Mayroon ka bang seguro sa grupo o iba pang seguro sa kalusugan mula sa isang employer?	30
KABANATA 3:	<i>Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo</i>	31
SEKSYON 1	Mga bagay na dapat malaman tungkol sa pagkuha ng iyong pangangalagang medikal at iba pang mga serbisyo bilang miyembro ng aming plano	32
SEKSYON 2	Gumamit ng mga provider sa network ng plano para makuha ang iyong pangangalagang medikal at iba pang mga serbisyo	33
SEKSYON 3	Paano makakuha ng mga serbisyo kapag mayroon kang emergency o agarang pangangailangan para sa pangangalaga o sa panahon ng sakuna	37
SEKSYON 4	Paano kung direkta kang sinisingil para sa buong halaga ng mga serbisyo sa iyo?	40

Talaan ng Mga Nilalaman

SEKSYON 5	Paano sinasaklaw ang iyong mga serbisyong medikal kapag ikaw ay nasa isang pag-aaral sa klinikal na pananaliksik?	40
SEKSYON 6	Mga panuntunan para sa pagkuha ng pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon ng pangangalaga sa kalusugan na hindi medikal	42
SEKSYON 7	Mga panuntunan para sa pag-aari ng matibay na kagamitang medikal	43
KABANATA 4:	<i>Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)</i>	45
SEKSYON 1	Pag-unawa sa mga sakop na serbisyo	46
SEKSYON 2	Gamitin ang <i>Chart ng Mga Medikal na Benepisyo</i> para malaman kung ano ang sakop	46
SEKSYON 3	Anong mga serbisyo ang sakop sa labas ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)?	98
SEKSYON 4	Anong mga serbisyo ang hindi sakop ng plano?	99
KABANATA 5:	<i>Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D</i>	102
SEKSYON 1	Panimula	103
SEKSYON 2	Punan ang iyong reseta sa isang parmasya sa network o sa pamamagitan ng serbisyo ng pag-order sa koreo ng plano	104
SEKSYON 3	Ang iyong mga gamot ay kailangang nasa Listahan ng Gamot ng plan	106
SEKSYON 4	May mga paghihigpit sa saklaw para sa ilang gamot	108
SEKSYON 5	Paano kung ang isa sa mga gamot mo ay hindi sakop sa paraang gusto mo itong masakop?	109
SEKSYON 6	Paano kung magbago ang iyong saklaw para sa isa sa mga gamot mo?	111
SEKSYON 7	Anong mga uri ng gamot ang <i>hindi</i> sakop ng plano?	113
SEKSYON 8	Pagpunan ng reseta	114
SEKSYON 9	Saklaw ng gamot sa Part D sa mga espesyal na sitwasyon	115
SEKSYON 10	Mga programa para sa kaligtasan sa droga at pamamahala ng mga gamot	116
SEKSYON 11	Magpapadala kami sa iyo ng mga ulat na nagpapaliwanag ng mga pagbabayad para sa mga gamot mo at kung saang yugto ng pagbabayad ka naroroon	118
KABANATA 6:	<i>Paghiling sa amin na magbayad ng singilin na natanggap mo para sa mga sakop na medikal na serbisyo o gamot</i>	120
SEKSYON 1	Mga sitwasyon kung saan dapat mong hilingin sa amin na bayaran ang mga sakop mong serbisyo o gamot	121
SEKSYON 2	Paano hihilingin sa amin na bayaran ka o bayaran ang singilin na iyong natanggap	123
SEKSYON 3	Isasaalang-alang namin ang hiling mo para sa pagbabayad at sabihing oo o hindi	123
KABANATA 7:	<i>Ang mga karapatan at responsibilidad mo</i>	125
SEKSYON 1	Dapat igalang ng aming plano ang iyong mga karapatan at pagkasensitibo sa kultura bilang miyembro ng plano	126
SEKSYON 2	Mayroon kang mga karapatan bilang miyembro ng aming plano.	145

Talaan ng Mga Nilalaman

KABANATA 8:	<i>Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)</i>	147
SEKSYON 1	Panimula	148
SEKSYON 2	Saan makakakuha ng higit pang impormasyon at pinasadyang tulong	148
SEKSYON 3	Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano	151
SEKSYON 4	Mga desisyon sa saklaw at apela	151
SEKSYON 5	Isang gabay sa mga pangunahing kaalaman ng mga desisyon sa saklaw at apela	152
SEKSYON 6	Ang iyong medikal na pangangalaga: Paano humingi ng desisyon sa saklaw o mag-apela sa isang desisyon sa saklaw	155
SEKSYON 7	Ang iyong mga iniresetang gamot sa Part D: Paano humingi ng desisyon sa saklaw o mag-apela	166
SEKSYON 8	Paano hihilingin sa amin na sakupin ang mas mahabang pamamalagi sa ospital bilang pasyente kung sa tingin mo ay masyadong maaga kang pinalabas	174
SEKSYON 9	Paano hihilingin sa amin na patuloy na sakupin ang ilang partikular na medikal na serbisyo kung sa tingin mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong saklaw	179
SEKSYON 10	Pagdadala ng iyong apela sa Level 3 at higit pa	182
SEKSYON 11	Paano mag-reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, serbisyo sa customer, o iba pang alalahanin	185
KABANATA 9:	<i>Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano</i>	188
SEKSYON 1	Paano tapusin ang pagiging miyembro mo sa aming plano	189
SEKSYON 2	Kailan mo maaaring tapusin ang pagiging miyembro mo sa aming plano?	189
SEKSYON 3	Paano tapusin ang pagiging miyembro mo sa aming plano?	192
SEKSYON 4	Hanggang sa matapos ang membership mo, dapat mong patuloy na makuha ang iyong mga medikal na kagamitan, serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano	193
SEKSYON 5	Dapat tapusin ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang membership mo sa plano sa ilang partikular na sitwasyon	194
KABANATA 10:	<i>Mga legal na abiso</i>	196
SEKSYON 1	Abiso tungkol sa namamahalang batas	197
SEKSYON 2	Abiso tungkol sa hindi pandiskrimina	197
SEKSYON 3	Abiso tungkol sa mga karapatan sa paghalili ng Pangalawang Nagbabayad ng Medicare	197
KABANATA 11:	<i>Mga kahulugan ng mahahalagang salita</i>	198

KABANATA 1:

Pagsisimula bilang isang miyembro

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro**SEKSYON 1 Panimula****Seksyon 1.1 Ikaw ay nakatala sa Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP), na isang espesyal na Medicare Advantage Plan (Plano sa Espesyal na Pangangailangan)**

Sakop ka ng parehong Medicare at Medicaid:

- Ang **Medicare** ang Pederal na programa ng seguro sa kalusugan para sa mga taong nasa 65 taong gulang o mas matanda, ilang taong wala pang edad na 65 na may mga kapansanan, at mga taong may huling yugtong sakit sa bato (permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o pag-transplant ng bato).
- Ang **Medicaid** ay isang magkasanib na programa ng pamahalaang Pederal at estado na tumutulong sa mga gastos sa medikal para sa ilang partikular na tao na may limitadong kita at mapagkukunan. Ang saklaw ng Medicaid ay nag-iiba depende sa estado at sa uri ng Medicaid na mayroon ka. Ang ilang taong may Medicaid ay nakakakuha ng tulong sa pagbabayad para sa kanilang mga premium ng Medicare at iba pang mga gastos. Ang ibang naman ay nakakakuha din ng saklaw para sa mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi sakop ng Medicare.

Pinili mong kunin ang pangangalaga sa kalusugan mo sa Medicare at Medicaid at ang saklaw ng iyong inireresetang gamot gamit ang aming plano, ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Kinakailangan nating sakupin ang lahat ng serbisyo ng Part A at Part B. Gayunpaman, ang pagbabahagi ng gastos at pag-access sa provider sa planong ito ay naiiba sa Original na Medicare.

Ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay isang espesyal na Medicare Advantage Plan (isang Plano ng Mga Espesyal na Pangangailangan ng Medicare), na nangangahulugang ang mga benepisyo nito ay idinisenyo para sa mga taong may espesyal na pangangailangan sa pangangalaga sa kalusugan. Ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay idinisenyo para sa mga taong may Medicare at may karapatan din sa tulong mula sa Medicaid.

Dahil nakakakuha ka ng tulong mula sa Medicaid sa iyong pagbabahagi ng gastos sa Part A at B ng Medicare (mga deductible, mga copayment, at coinsurance) puwedeng wala kang babayaran para sa mga serbisyo sa iyo para sa pangangalaga sa kalusugan ng Medicare. Nagbibigay din ang Medicaid ng iba pang mga benepisyo sa iyo sa pamamagitan ng pagsakop ng mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan tulad ng pangmatagalang pangangalaga sa tahanan at mga serbisyong nakabatay sa komunidad na hindi karaniwang saklaw sa ilalim ng Medicare. Makakatanggap ka rin ng "Karagdagang Tulong" mula sa Medicare para mabayaran ang mga gastos ng mga inireresetang gamot sa iyo sa Medicare. Ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay tutulong na pamahalaan ang lahat ng mga benepisyong ito para sa iyo, para makuha mo ang mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan at tulong sa pagbabayad na nararapat sa iyo.

Ang Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) ay pinamamahalaan ng isang pribadong kumpanya. Tulad ng lahat ng Medicare Advantage Plan, itong Plano ng Mga Espesyal na Pangangailangan ng Medicare ay inaprubahan ng Medicare. Ang plano ay mayroon ding kontrata sa programa ng New York Medicaid para mai-coordinate ang iyong mga benepisyo sa Medicaid. Ikinalulugod naming ibigay ang iyong saklaw sa pangangalaga sa kalusugan ng Medicare at Medicaid, kabilang ang iyong saklaw ng inireresetang gamot.

Ang saklaw sa ilalim ng Planong ito ay kuwalipikado bilang Qualifying Health Coverage (QHC) at natutugunan ang kinakailangan ng indibidwal na nakabahaging responsibilidad ng Patient Protection and Affordable Care Act

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

(ACA). Mangyaring bisitahin ang website ng Internal Revenue Service (IRS) sa: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa karagdagang impormasyon.

Seksyon 1.2 Tungkol saan ang dokumentong *Ebidensya ng Saklaw*?

Ang dokumentong ito ng *Evidence of Coverage* ay nagsasabi kung paano mo matatanggap ang medikal na pangangalaga sa Medicare Medicaid, long-term care at mga serbisyo sa tahanan at komunidad at mga inireresetang gamot. Ipinapaliwanag nito ang mga karapatan at pananagutan mo, kung ano ang saklaw, ano ang babayaran mo bilang miyembro ng plano, at kung paano maghahain ng reklamo kung hindi ka nasisiyahan sa isang desisyon o paggamot.

Ang mga salitang *saklaw* at *mga saklaw na serbisyo* ay tumutukoy sa medikal na pangangalaga sa long-term care at mga serbisyo sa tahanan at komunidad at ang mga inireresetang gamot na magagamit mo bilang miyembro ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP).

Mahalagang matutunan mo kung ano ang mga tuntunin ng plano at kung anong mga serbisyo ang available sa iyo. Hinihikayat ka naming maglaan ng ilang oras upang tingnan ang dokumento ng *Evidence of Coverage*.

Kung nalilito ka, nag-aalala o may tanong lamang, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Seksyon 1.3 Legal na impormasyon tungkol sa *Ebidensya ng Saklaw*

Ang *Ebidensya ng Saklaw* na ito ay bahagi ng aming kontrata sa iyo tungkol sa kung paano sinasakop ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) ang pangangalaga sa iyo. Kasama sa iba pang bahagi ng kontratang ito ang iyong form sa pagpapatala, ang Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Pormularyo), at anumang mga abiso na natatanggap mo mula sa amin tungkol sa mga pagbabago sa saklaw mo o mga kundisyon na nakakaapekto sa iyong saklaw. Ang mga abisong ito ay minsan tinatawag na mga rider o mga pagbabago.

Ang kontrata ay may bisa sa mga buwan kung kailan ka nakatala sa Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) sa pagitan ng Enero 1, 2025 at Disyembre 31, 2025.

Bawat taon ng kalendaryo, pinapayagan kami ng Medicare na gumawa ng mga pagbabago sa mga planong inaalok namin. Nangangahulugan ito na puwede naming baguhin ang mga gastos at benepisyo ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pagkatapos ng Disyembre 31, 2025. Puwede rin naming piliing ihinto ang pag-aalok ng plano sa lugar ng serbisyo sa iyo, o para ialok ito sa ibang lugar ng serbisyo, pagkatapos ng Disyembre 31, 2025.

Dapat aprubahan ng Medicare (ang Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid) ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) bawat taon. Puwede kang magpatuloy bawat taon para makakuha ng saklaw ng Medicare bilang isang miyembro ng aming plano hangga't pipiliin naming patuloy na mag-alok ng plano at ire-renew ng Medicare ang pag-apruba nito sa plano.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro**SEKSYON 2 Ano ang dahilan para ikaw ay maging kwalipikadong miyembro ng plano?****Seksyon 2.1 Ang mga kinakailangan mo sa pagiging kwalipikado**

Kwalipikado ka para sa aming plano hangga't ikaw ay:

- Mayroon kang parehong Medicare Part A at Medicare Part B
- -- at -- Ikaw ay nakatira sa aming heograpikong saklaw ng serbisyo (Inilarawan ng Seksyon 2.3 sa ibaba ang aming lugar ng serbisyo). Ang mga nakakulong na indibidwal ay hindi itinuturing na nakatira sa lugar ng serbisyong heograpiya kahit na sila ay pisikal na makikita dito.
- -- at -- ikaw ay isang mamamayan ng United States o legal na nasa United States
- -- at -- Natutugunan mo ang mga espesyal na kinakailangan sa pagiging kwalipikado na inilarawan sa ibaba.

Mga espesyal na kinakailangan sa pagiging kwalipikado para sa aming plano

Ang aming plano ay idinisenyo para tugunan ang mga pangangailangan ng mga taong tumatanggap ng ilang partikular na benepisyo ng Medicaid. (Ang Medicaid ay isang magkasanib na programa ng pamahalaang Pederal at estado na tumutulong sa mga gastos sa medikal para sa ilang partikular na tao na may limitadong kita at mapagkukunan.) Para maging karapat-dapat para sa aming plano dapat kang maging kwalipikado para sa parehong Medicare at Mga Buong Benepisyo ng Medicaid.

Pakitandaan: Kung naiwala mo ang iyong pagiging kuwalipikado ngunit puwedeng makatuwirang asahan na mabawi ang pagiging kuwalipikado sa loob ng 6 na buwan, ikaw ay kuwalipikado pa rin para sa pagiging miyembro ng aming plano (Ang Kabanata 4, Seksyon 2.1 ay nagsasabi sa iyo tungkol sa pagsaklaw at pagbabahagi ng gastos sa panahon ng itinuring na patuloy na pagiging kuwalipikado).

Mga karagdagang kinakailangan sa pagiging kwalipikado para sa Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP)

Bilang karagdagan sa mga kinakailangan sa itaas, ang programang Senior Whole Health ng New York NHC ay isang boluntaryong programa na idinisenyo lalo na para sa mga taong may Medicare at Medicaid, at nangangailangan ng mga pinag-ugnay na serbisyong medikal para makapamuhay nang ligtas sa kanilang mga tahanan at komunidad. Nalalapat ang mga medikal na kwalipikasyon at mga panuntunan sa awtorisasyon.

Kwalipikado kang sumali sa programang Senior Whole health ng New York NHC kung ikaw ay sakop ng Medicare at Medicaid at ikaw ay:

1. Medikal na kwalipikado para sa antas ng pangangalaga na pansariling pagamutan, sa oras ng pagpapatala;
2. May kakayahan sa oras ng pagpapatala, o bumalik o nananatili sa tahanan at komunidad mo nang walang panganib sa iyong kalusugan at kaligtasan;

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

3. Tinasa bilang nangangailangan ng hindi bababa sa isa sa mga sumusunod na pangmatagalang serbisyo sa pangangalaga at pamamahala ng pangangalaga na nakabatay sa komunidad nang higit sa 120 araw mula sa petsa ng bisa ng pagpapatala
 - a. Mga serbisyong pag-aalaga sa tahanan
 - b. Mag therapy sa bahay
 - c. Mga serbisyo ng Health Aide sa tahanan
 - d. Mga serbisyo ng personal na pangangalaga sa tahanan
 - e. Pangangalaga sa kalusugan sa araw ng adulto
 - f. Pribadong Tungkulin ng Pangangalaga
 - g. Mga Serbisyo sa Personal na Tulong na Nakadirekta sa Consumer, at
4. Tinukoy ng tanggapan ng Medicaid (HRA) o Lokal na Kagawaran ng Serbisyong Panlipunan (LDSS) sa Pangangasiwa ng Human Resources ng Lungsod ng New York na maging kwalipikado para sa mga benepisyo sa ilalim ng programang Medicaid.

Seksyon 2.2 Ano ang Medicaid?

Ang Medicaid ay isang magkasanib na programa ng pamahalaang Pederal at estado na tumutulong sa mga gastos sa medikal at pangmatagalang pangangalaga para sa ilang partikular na tao na mayroong limitadong kita at mapagkukunan. Ang bawat estado ay nagpapasya kung ano ang binibilang na kita at mga mapagkukunan, kung sino ang kwalipikado, kung anong mga serbisyo ang sinasaklaw, at ang gastos para sa mga serbisyo. Maaaring magpasya ang mga estado kung paano patakbuhan ang kanilang mga programa, basta't sinusunod nila ang mga tuntunin ng pederal.

Bilang karagdagan, may mga programang inaalok sa pamamagitan ng Medicaid na tumutulong sa mga taong may Medicare na bayaran ang kanilang mga gastos sa Medicare, tulad ng kanilang mga premium sa Medicare. Ang mga “Medicare Savings Programs” na ito ay tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na makatipid ng pera bawat taon:

- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Ang isang indibidwal na may karapatan sa Medicare, ay hindi nakakatugon sa pamantayan ng kita o mapagkukunan para sa QMB+ o SLMB+, ngunit kwalipikado para sa buong saklaw ng Medicaid alinman ayon sa kategorya o sa pamamagitan ng mga opsyonal na grupo ng saklaw batay sa Medikal na Nangangailangan na katayuan, mga antas ng espesyal na kita para sa mga indibidwal na institusyon, o tahanan at mga Waiver na nakabatay sa komunidad.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Tumutulong na magbayad ng mga premium ng Medicare Part A at Part B, at iba pang pagbabahagi ng gastos (tulad ng mga deductible, coinsurance, at copayment). Ang mga indibidwal na ito ay kwalipikado din para sa buong benepisyo ng Medicaid.

Seksyon 2.3 Narito ang lugar ng serbisyo ng plano para sa Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP)

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay available lamang para sa mga indibidwal na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ng plan. Para manatiling miyembro ng aming plano, dapat kang magpatuloy na manirahan sa lugar ng serbisyo ng plano. Ang lugar ng serbisyo ay inilarawan sa ibaba.

Kabilang sa aming lugar ng serbisyo ang mga lalawigan na ito sa New York: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland, at Westchester.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Kung plano mong lumipat sa isang bagong estado, dapat ka ring makipag-ugnayan sa opisina ng Medicaid ng iyong estado at magtanong kung paano makakaapekto ang paglipat na ito sa mga benepisyo ng Medicaid sa iyo. Ang mga numero ng telepono para sa Medicaid ay nasa Kabanata 2, Seksyon 6 ng dokumentong ito.

Kung plano mong umalis sa lugar na pinagseserbisyuhan, hindi ka maaaring manatiling miyembro ng planong ito. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang makita kung mayroon kaming plano sa iyong bagong lugar. Kapag lumipat ka, magkakaroon ka ng Espesyal na Panahon ng Pagpapatala na papayagan kang lumipat sa Orihinal na Medicare o magpatala sa isang planong pangkalusugan o gamot ng Medicare na available sa bagong lokasyon mo.

Mahalaga rin na tumawag ka sa Social Security kung ililipat mo o binago mo ang iyong mailing address. Makakakita ka ng mga numero ng telepono at impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa Social Security sa Kabanata 2, Seksyon 5.

Seksyon 2.4 Mamamayan ng U.S. o Legal na Presensya

Ang isang miyembro ng isang planong pangkalusugan ng Medicare ay dapat isang mamamayan ng U.S. o legal na naroroon sa United States. Aabisuhan ng Medicare (ang Centers for Medicare & Medicaid Services) ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kung hindi ka kwalipikadong manatiling miyembro batay dito. Dapat kang alisin mula sa pagkakatala ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kung hindi mo natutugunan ang kinakailangan na ito.

SEKSYON 3 Mahahalagang materyales sa pagiging miyembro na matatanggap mo**Seksyon 3.1 Ang iyong plan membership card**

Dapat mong gamitin ang iyong membership card kapag kumukuha ng anumang serbisyo na sinasakop ng planong ito at para sa mga de-resetang gamot na nakukuha mo sa mga parmasya na nasa network. Dapat mo ring ipakita sa provider ang iyong Medicaid card. Narito ang isang sample na membership card para ipakita sa iyo kung ano ang magiging hitsura ng sa iyo:

 Senior Whole Health BY MOLINA HEALTHCARE	Member Services: xxx-xxx-xxxx 24-Hour Nurse Advice Line in English: xxx-xxx-xxxx or TTY: 711 24-Hour Nurse Advice Line in Spanish: xxx-xxx-xxxx Providers/Hospitals: For prior authorization, eligibility and general information, please call Member Services (see above). Submit Claims To: Medical/Hospital: PO Box 22811, Long Beach, CA 90801 Please call Member Services (see above). Pharmacy: 7050 Union Park Center, Suite 200, Midvale, UT 84047 Please call Member Services (see above).
LOB Member: Your Name Member #: MemID PCP: PCPNAM PCP Tel: xxx-xxx-xxxx RxBIN: RxBIN RxPCN: RXPCN RxGRP: RXGROUP RxD: MemID MedicareRx Prescription Drug Coverage ContNum Issued Date: ISSUDAT Website	Website

HUWAG gamitin ang iyong pula, puti, at asul na Medicare card para sa mga sakop na serbisyong medikal habang ikaw ay miyembro ng planong ito. Kung gagamitin mo ang Medicare card mo sa halip na ang iyong Senior Whole

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Health of New York NHC (HMO D-SNP) membership card, puwedeng ikaw mismo ang magbayad ng buong halaga ng mga medikal na serbisyo. Ingatan ang iyong Medicare card sa isang ligtas na lugar. Puwedeng hilingin sa iyo na ipakita ito kung kailangan mo ng mga serbisyo sa ospital, mga serbisyo sa hospisy, o lumahok sa mga pag-aaral sa klinikal na pananaliksik na inaprubahan ng Medicare na tinatawag ding mga klinikal na pagsubok.

Kung ang iyong card ng membership sa plano ay nasira, nawala, o ninakaw, tawagan kaagad ang Mga Serbisyo sa Miyembro at padadalhan ka namin ng bagong card.

Seksyon 3.2 Direktoryo ng Provider/Parmasya

Inilista ng *Direktoryo ng Provider/Parmasya* SWHNY.com ang aming kasalukuyang mga network provider at mga supplier ng durable medical equipment.

Ang **mga network provider** ay ang mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan, mga medikal na grupo, mga supplier ng matibay na kagamitang medikal, mga ospital, at iba pang pasilidad ng pangangalaga sa kalusugan na may kasunduan sa amin na tanggapin ang aming bayad at anumang pagbabahagi sa gastos sa plano bilang bayad nang buo.

Ang **mga parmasyang nasa network** ay mga parmasya na sumasang-ayon na punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Maaari mong gamitin ang *Direktoryo ng Provider/Parmasya* para makita ang mga parmasya sa network na gusto mong gamitin. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 para sa impormasyon kung kailan mo magagamit ang mga parmasya na wala sa network ng plano.

Dapat kang gumamit ng mga provider ng network para makuha ang iyong medikal na pangangalaga at mga serbisyo. Kapag pumunta ka sa ibang lugar nang walang wastong awtorisasyon, kakailanganin mong magbayad nang buo. Ang tanging eksepsyon ay ang mga emergency, mga serbisyonag agarang kinakailangan kapag ang network ay hindi available (iyon ay, sa mga sitwasyon kung saan hindi makatwiran o hindi posible na makakuha ng mga serbisyo sa network), mga serbisyo sa dialysis sa labas ng lugar, at mga kaso kung saan ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay pinahihintulutan ang paggamit ng mga provider na wala sa network.

Ang pinakabagong listahan ng mga provider, parmasya at mga supplier ay makikita sa aming website sa SWHNY.com.

Kung wala kang kopya ng *Direktoryo ng Provider/Parmasya*, maaari kang humiling ng kopya (sa elektronikong paraan o porma ng hardcopy) mula sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang mga kahilingan para sa hard copy na mga Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at parmasya ay ipapadala sa iyo sa loob ng tatlong araw na may negosyo.

Seksyon 3.3 Ang Listahan ng Mga Saklaw na Gamot (Pormularyo)ng plan

Ang plano ay may *Listahan ng mga Saklaw na Gamot (Formulary)*. Sa maikling salita, tinatawag namin itong Listahan ng Gamot. Sinasabi nito kung aling mga iniresetang gamot sa Part D ang sakop sa ilalim ng benepisyo ng Part D na kasama sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ang mga gamot sa listahang ito ay pinili ng plan sa tulong ng isang pangkat ng mga doktor at parmasyutiko. Dapat matugunan ng listahan ang mga kinakailangan na itinakda ng Medicare. Inaprubahan ng Medicare ang Listahan ng Gamot sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Sinasabi rin sa iyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang mga tuntunin na naghihigpit sa pagsaklaw para sa iyong mga gamot.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Bibigyan ka namin ng kopya ng Listahan ng Gamot. Para makuha ang pinakakumpleto at kasalukuyang impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sinasaklaw, maaari mong bisitahin ang website ng plan (SWHNY.com) o tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

SEKSYON 4 Ang iyong buwanang mga gastos para sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Maaaring kabilang sa iyong mga gastos ang sumusunod:

- Premium ng plano (Seksyon 4.1)
- Buwanang Premium sa Medicare Part B (Seksyon 4.2)
- Parusa sa Huli sa Pagpapatala sa Part D (Seksyon 4.4)
- Kaugnay ng Kita na Buwanang Iniakma na Halaga (Seksyon 4.5)

Seksyon 4.1 Premium ng plano

Hindi ka magbabayad ng hiwalay na buwanang premium ng plan para sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Seksyon 4.2 Buwanang Premium ng Medicare Part B**Maraming miyembro ang kinakailangang magbayad ng iba pang mga premium ng Medicare**

Inaaatasan ang ilang mga miyembro na magbayad sa ibang mga premium ng Medicare. Tulad ng ipinaliwanag sa Seksyon 2 sa itaas, para maging kwalipikado para sa aming plano, dapat mong panatilihin ang pagiging kwalipikado mo para sa Medicaid pati na rin ang parehong Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) na miyembro, binabayaran ng Medicaid ang iyong Part A premium (kung hindi ka awtomatikong kwalipikado para dito) at para sa iyong Part B premium.

Kung hindi binabayaran ng Medicaid ang mga premium ng Medicare mo para sa iyo, dapat mong ipagpatuloy ang pagbabayad ng mga premium ng Medicare mo upang manatiling miyembro ng plano. Kabilang dito ang premium mo para sa Part B. Maaari rin itong may kasamang premium para sa Part A na nakakaapekto sa mga miyembrong hindi karapat-dapat para sa libreng premium na Part A.

Seksyon 4.3 Parusa sa Huling Pagpapatala sa Part D

Dahil ikaw ay dalawang-kwalipikado, ang LEP ay hindi nalalapat sa iyo hangga't ikaw ay nagpapanatili ng dalawang-kwalipikado na katayuan mo, ngunit kung nawala mo ang dalawang-kwalipikado na katayuan mo, maaari kang magkaroon ng LEP. Ang parusa sa huling pagtatala sa Part D ay isang karagdagang premium na dapat bayaran para sa saklaw ng Part D kung anumang oras pagkatapos ng unang panahon ng pagpapatala mo, mayroong isang yugto ng 63 araw o higit pa na magkakasunod na wala kang Part D o iba pang mapagkakatiwalaang saklaw ng inireresetang gamot. Ang creditable na saklaw ng inireresetang gamot ay saklaw na nakakatugon sa mga pinakamababang pamantayan ng Medicare dahil ito ay inaasahang magbabayad, sa karaniwan, hindi bababa sa kasing dami ng karaniwang saklaw ng inireresetang gamot ng Medicare. Ang halaga ng parusa sa huling pagpapatala

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

ay depende sa kung gaano katagal kang nawalan ng Part D o iba pang nauutang na saklaw ng inireresetang gamot. Kakailanganin mong bayaran ang parusang ito hangga't mayroon kang saklaw ng Part D.

Hindi mo ito kailangang bayaran kung:

- Makatatanggap ka ng "Karagdagang Tulong" mula sa Medicare para bayaran ang mga inireresetang gamot sa iyo.
- Wala ka pang 63 araw na sunud-sunod na walang creditable na saklaw.
- Nagkaroon ka ng maaasahan na saklaw sa gamot sa pamamagitan ng ibang mapagkukunan gaya ng dating employer, unyon, TRICARE, o Veterans Health Administration (VA). Sasabihin sa iyo ng insurer mo o ng iyong departamento ng human resources sa bawat taon kung ang saklaw mo sa gamot ay creditable na saklaw. Ang impormasyong ito ay maaaring ipadala sa iyo sa isang liham o kasama sa isang newsletter mula sa plano. Panatilihin ang impormasyong ito, dahil maaaring kailanganin mo ito kung sasali ka sa isang plano sa gamot ng Medicare sa iba pang pagkakataon.
 - **Tandaan:** Dapat sabihin ng anumang paunawa na mayroon kang creditable na saklaw ng inireresetang gamot na inaasahang babayaran ng kasing laki ng binabayaran ng karaniwang plano ng inireresetang gamot ng Medicare.
 - **Tandaan:** Ang mga sumusunod ay *hindi* maaasahan na saklaw ng resetang gamot: mga card ng diskwento sa iniresetang gamot, mga libreng klinika, at mga website ng diskwento sa gamot.

Tinutukoy ng Medicare ang halaga ng parusa. Narito kung paano ito gumagana:

- Una, bilangin ang bilang ng mga buong buwan na naantala ka sa pagpapatala sa isang plano sa gamot ng Medicare, pagkatapos mong maging kwalipikado na magpatala. O bilangin ang tagal ng buong buwan na wala kang creditable na saklaw ng inireresetang gamot, kung ang pagtigil sa saklaw ay 63 araw o higit pa. Ang parusa ay 1% para sa bawat buwan na wala kang creditable na saklaw. Halimbawa, kung 14 na buwan kang walang saklaw, ang parusa ay 14%.
- Pagkatapos ay tutukuyin ng Medicare ang halaga ng karaniwang buwanang premium para sa mga plano sa gamot ng Medicare sa bansa mula sa nakaraang taon. Para sa 2025, ang karaniwang halaga ng premium na ito ay \$36.78.
- Para kalkulahan ang iyong buwanang parusa, i-multiply mo ang porsyento ng parusa at ang karaniwang buwanang premium at pagkatapos ay i-round ito sa pinakamalapit na 10 cents. Sa halimbawa dito, ito ay magiging 14% beses ng \$36.78, na katumbas ng \$5.15. Ito ay aabot sa \$5.20. Ang halagang ito ay idaragdag sa buwanang premium para sa isa na may late enrollment penalty sa Part D.

May tatlong mahalagang bagay na dapat tandaan tungkol sa buwanang parusa sa huling pagpapatala sa Part D na ito:

- Una, **maaaring magbago ang multa bawat taon**, dahil maaaring magbago ang karaniwang buwanang premium bawat taon.
- Pangalawa, **patuloy kang magbabayad ng multa** bawat buwan hangga't nakatala ka sa isang plano na mayroong mga benepisyo sa gamot ng Medicare Part D, kahit na magpalit ka ng mga plano.
- Pangatlo, kung ikaw ay wala pang 65 taong gulang at kasalukuyang tumatanggap ng mga benepisyo ng Medicare, ang Part D na parusa sa huling pagpapatala ay mare-reset kapag ikaw ay 65 na. Pagkatapos ng edad na 65, ang parusa mo sa huling pagpapatala sa Part D ay ibabatay lamang sa mga buwan na wala kang saklaw pagkatapos ng unang panahon ng pagpapatala mo para sa pagtanda sa Medicare.

Kung hindi ka sumasang-ayon tungkol sa parusa mo sa huling pagpapatala sa Part D, ikaw o ang iyong kinatawan ay maaaring humingi ng pagsusuri. Sa pangkalahatan, dapat mong hilingin ang pagsusuring ito sa

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

loob ng 60 araw mula sa petsa sa unang liham na natanggap mo na nagsasabi na kailangan mong magbayad ng multa sa huling pagpapatala. Gayunpaman, kung nagbabayad ka ng multa bago pa sumali sa aming plano, puwedeng hindi ka na magkaroon ng isa pang pagkakataon na humiling ng pagsusuri sa parusa sa huling pagpapatala na iyon.

Seksyon 4.4 Halaga ng Kaugnay na Pagsasaayos ng Buwanang Kita

Puwedeng kailanganin ng ilang miyembro na magbayad ng dagdag na singil, na kilala bilang Halaga ng Kaugnay na Pagsasaayos ng Buwanang Kita ng Part D, na kilala rin bilang IRMAA. Tinantiya ang dagdag na singil gamit ang iyong binagong tinatayang kita gaya ng naiulat sa iyong IRS tax return sa nakalipas na dalawang taon. Kung ang halagang ito ay higit sa isang tiyak na halaga, babayaran mo ang karaniwang halaga ng premium at ang karagdagang IRMAA. Para sa higit pang impormasyon sa dagdag na halaga na maaaring kailangan mong bayaran batay sa iyong kita, bisitahin ang <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Kung kailangan mong magbayad ng dagdag na halaga, ang Social Security, hindi ang iyong plano sa Medicare, ay magpapadala sa iyo ng liham na nagsasabi sa iyo kung ano ang magiging dagdag na halagang iyon. Ang dagdag na halaga ay hindi ibibigay mula sa iyong Social Security, Railroad Retirement Board, o Office of Personnel Management na tseke sa benepisyo, kahit gaano mo karaniwang binabayaran ang premium ng iyong plano, maliban kung ang buwanang benepisyo mo ay hindi sapat para masakop ang labis na halagang dapat bayaran. Kung ang iyong tseke ng benepisyo ay hindi sapat para masakop ang dagdag na halaga, makakakuha ka ng singil mula sa Medicare. **Dapat mong bayaran ang dagdag na halaga sa gobyerno. Hindi ito maaaring bayaran gamit ang buwanang premium ng plano mo. Kung hindi mo babayaran ang dagdag na halaga, matatanggal ka sa plan at mawawalan ng saklaw sa resetang gamot.**

Kung hindi ka sumasang-ayon tungkol sa pagbabayad ng karagdagang halaga, puwede mong hilingin sa Social Security na suriin ang desisyon. Para malaman ang higit pa tungkol sa kung paano ito gagawin, makipag-ugnayan sa Social Security sa 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SEKSYON 5 Higit pang impormasyon tungkol sa iyong buwanang premium**Seksyon 5.1 Maaari ba naming baguhin ang buwanang premium ng plano mo sa buong taon?**

Hindi. Hindi kami pinahihintulutan na baguhin ang halagang sinisingil namin para sa buwanang premium ng plano sa buong taon. Kung magbabago ang buwanang premium ng plano para sa susunod na taon sasabihin namin sa iyo sa Setyembre at magkakabisa ang pagbabago sa Enero 1.

Gayunpaman, sa ilang mga kaso, maaari mong ihinto ang pagbabayad ng multa sa huling pagpapatala, kung may utang. O kailangang magsimulang magbayad ng multa sa huling pagpapatala. Maaaring mangyari ito kung magiging karapat-dapat ka para sa programang “Karagdagang Tulong” o kung nawala ang iyong pagiging karapat-dapat para sa programang “Karagdagang Tulong” sa buong taon.

- Kung kasalukuyan kang nagbabayad ng parusa sa huling pagpapatala sa Part D at naging kwalipikado para sa “Karagdagang Tulong” sa buong taon, maaari mong ihinto ang pagbabayad ng iyong multa.
- Kung nawalan ka ng “Karagdagang Tulong”, maaari kang mapasailalim sa late enrollment penalty ng 63 araw o higit pang magkakasunod na walang Part D o iba pang maaasahang saklaw ng inireresetang gamot.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Maaari mong malaman ang higit pa tungkol sa programang “Karagdagang Tulong” sa Kabanata 2, Seksyon 7.

SEKSYON 6 Pagpapanatiling napapanahon ng iyong rekord bilang miyembro

Ang iyong rekord ng membership ay may impormasyon mula sa iyong form ng pagpapatala, kasama ang address at numero ng telepono mo. Ipinapakita nito ang partikular na saklaw ng plano mo kasama ang Tagapagbigay ng Pangunahing Pangangalaga mo.

Ang mga doktor, ospital, parmasyutiko, at iba pang provider sa network ng plano ay kailangang magkaroon ng tamang impormasyon tungkol sa iyo. **Ginagamit ng mga network provider na ito ang rekord ng membership mo para malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang sinasaklaw at ang mga halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa iyo.** Dahil dito, napakahalaga na tulungan mo kaming panatilihin ang napapanahon ang impormasyon mo.

Ipaalam sa amin ang tungkol sa mga pagbabagong ito:

- Mga pagbabago sa pangalan, address ninyo, o numero ng telepono ninyo
- Mga pagbabago sa anumang iba pang saklaw ng segurong pangkalusugan na mayroon ka (tulad ng mula sa employer mo, iyong asawa o employer ng kinakasama mo, kompensasyon ng mga manggagawa, o Medicaid)
- Kung mayroon kang anumang claim sa pananagutan, tulad ng mga claim mula sa isang aksidente sa sasakyan
- Kung ikaw ay naipasok sa isang pansariling pagamutan
- Kung nakatanggap ka ng pangangalaga sa isang sa labas ng lugar o wala sa network na ospital o emergency room
- Kung ang itinalagang responsableng partido mo (tulad ng isang tagapag-alaga) ay nagbago
- Kung ikaw ay nakikilahok sa isang pag-aaral sa klinikal na pananaliksik (**Tandaan:** Hindi mo kailangang sabihin sa amin ang iyong plan tungkol sa isang pag-aaral sa klinikal na pananaliksik kung saan ka nakilahok o nakikibahagi, pero hinihikayat namin kayong gawin ito.)

Kung nagbago ang alinman sa impormasyong ito, pakipalam sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwedeng lumikha ang mga miyembro ng online na My Molina na account para baguhin ang kanilang doktor, i-update ang kanilang impormasyon sa kontak, humiling ng bagong ID card, makakuha ng mga paalala sa kalusugan sa mga serbisyong kailangan nila, o tingnan ang kanilang kasaysayan ng serbisyo. Bisitahin ang <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> para lumikha o ma-access ang iyong My Senior Whole Health account.

Mahalaga rin na makipag-ugnayan sa Social Security kung ililipat mo o binago mo ang address ng koreo mo. Makakakita ka ng mga numero ng telepono at impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa Social Security sa Kabanata 2, Seksyon 5.

SEKSYON 7 Paano gumagana ang ibang seguro sa aming plano

Iba pang seguro

Hinihiling ng Medicare na kolektahin namin ang impormasyon mula sa iyo tungkol sa anumang iba pang saklaw ng medikal na seguro o gamot na mayroon ka. Iyon ay dahil kailangan naming i-coordinate ang anumang iba pang

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

saklaw na mayroon ka sa mga benepisyo mo sa ilalim ng aming plano. Ito ay tinatawag na **Koordinasyon ng mga Benepisyo**.

Isang beses sa bawat taon, padadalhan ka namin ng liham na naglilista ng anumang iba pang saklaw ng medikal na seguro o gamot na alam namin. Pakibasa nang mabuti ang impormasyong ito. Wala kayong kailangang gawin. Kung mali ang impormasyon, o kung mayroon kang iba pang saklaw na hindi nakalista, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwedeng kailanganin mong ibigay ang numero ng ID mo bilang miyembro ng plano sa iyong iba pang mga tagaseguro (kapag nakumpirma mo na ang kanilang pagkakakilanlan) para mabayaran nang tama at nasa oras ang iyong mga singil.

Kapag mayroon kang iba pang seguro (tulad ng saklaw sa kalusugan ng koponan ng employer), may mga patakaran na itinakda ng Medicare na magpapasya kung ang aming plano o ang iba mong seguro ay unang magbabayad. Ang seguro na unang nagbabayad ay tinatawag na pangunahing nagbabayad at nagbabayad hanggang sa mga limitasyon ng saklaw nito. Ang nagbabayad nang pangalawa, na tinatawag na pangalawang nagbabayad, ay magbabayad lamang kung may mga gastos na naiwan na hindi sinasaklaw ng pangunahing saklaw. Posibleng hindi bayaran ng pangalawang nagbabayad ang lahat ng hindi nababayaran gastos. Kung mayroon kang ibang seguro, sabihin sa iyong doktor, ospital, at parmasya.

Nalalapat ang mga patakaran na ito para sa saklaw ng planong pangkalusugan ng employer o grupo ng unyon:

- Kung mayroon kang saklaw ng nagretiro, magbabayad muna ang Medicare.
- Kung ang saklaw ng planong pangkalusugan ng grupo mo ay batay sa kasalukuyang trabaho mo o ng isang miyembro ng pamilya, kung sino ang unang nagbabayad ay depende sa edad mo, ang bilang ng mga taong nagtatrabaho sa iyong employer, at kung mayroon kang Medicare batay sa edad, kapansanan, o End-Stage Renal na Sakit (ESRD):
 - Kung ikaw ay wala pang 65 taong gulang at may kapansanan at ikaw o ang miyembro ng pamilya mo ay nagtatrabaho pa rin, ang iyong planong pangkalusugan ng grupo ay magbabayad muna kung ang employer ay may 100 o higit pang mga empleyado o hindi bababa sa isang employer sa isang maramihang plano ng employer na mayroong higit sa 100 empleyado.
 - Kung ikaw ay higit sa 65 at ikaw o ang iyong asawa o kinakasama sa tahanan ay nagtatrabaho pa rin, ang iyong planong pangkalusugan ng grupo ay magbabayad muna kung ang employer ay may 20 o higit pang empleyado o hindi bababa sa isang employer sa isang maramihang plano ng employer na mayroong higit sa 20 empleyado.
- Kung mayroon kang Medicare dahil sa ESRD, ang iyong planong pangkalusugan ng grupo ay magbabayad muna para sa unang 30 buwan pagkatapos mong maging kwalipikado para sa Medicare.

Ang mga uri ng saklaw na ito ay karaniwang nagbabayad muna para sa mga serbisyong nauugnay sa bawat uri:

- No-fault na seguro (kabilang ang seguro ng sasakyan)
- Pananagutan (kabilang ang seguro ng sasakyan)
- Mga benepisyo ng Black Lung
- Kabayaran sa mga Manggagawa

Hindi nagbabayad ng una ang Medicaid at TRICARE para sa mga serbisyong sakop ng Medicare. Nagbabayad lamang sila pagkatapos magbayad ng Medicare at/o planong pangkalusugan ng grupo ng employer.

KABANATA 2:

*Mga importanteng numero ng telepono at
mapagkukunan*

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

SEKSYON 1 Mga contact ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) (kung paano makikipag-ugnayan sa amin, kabilang ang kung paano maabot ang Mga Serbisyo sa Miyembro)

Paano makikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng aming plano

Para sa tulong sa mga claim, pagsingil, o mga tanong sa card ng miyembro, pakitawagan o sumulat sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ikalulugod naming tulungan ka.

Pamamaraan	Mga Serbisyo sa Miyembro – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ay mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter ng wika na available para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras.
FAX	(310) 507-6186
SUMULAT	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
WEBSITE	SWHNY.com

Paano makikipag-ugnayan sa amin kapag humihingi ka ng desisyon sa saklaw o apela tungkol sa iyong medikal na pangangalaga o mga inireresetang gamot sa Part D.

Ang desisyon sa saklaw ay isang desisyon na ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga serbisyong medikal o mga gamot. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang isang desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin. Para sa higit pang impormasyon sa paghingi ng mga desisyon sa saklaw o apela tungkol sa iyong medikal na pangangalaga o mga inireresetang gamot sa Part D, tingnan ang Kabanata 8 (*Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)*).

Pamamaraan	Mga Desisyon sa Saklaw para sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito.

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Pamamaraan	Mga Desisyon sa Saklaw para sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
	Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
FAX	Advanced na Imaging: (877) 731-7218; Mga transplant (877) 813-1206; Pasyente ng Kalusugan ng Medikal/Pag-uugali (844) 251-1450; Pasyente (844) 834-2152; RX/Icodes (866) 290-1309
SUMULAT	Senior Whole Health of New York Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
WEBSITE	SWHNY.com

Pamamaraan	Mga Apela para sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
FAX	(562) 499-0610
SUMULAT	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
WEBSITE	SWHNY.com

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Pamamaraan	Mga Desisyon sa Saklaw at Apela para sa mga inireresetang gamot sa Part D – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(800) 665-3086 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
FAX	(866) 290-1309
SUMULAT	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
WEBSITE	SWHNY.com

Paano makikipag-ugnayan sa amin kapag gumagawa ka ng reklamo tungkol sa iyong medikal na pangangalaga o mga inireresetang gamot sa Part D

Puwede kang magreklamo tungkol sa amin o sa isa sa aming network provider o parmasya, kabilang ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa iyo. Ang ganitong uri ng reklamo ay hindi nagsasangkot ng saklaw o mga hindi pagkakaunawaan sa bayad. Para sa karagdagang impormasyon sa paggawa ng reklamo tungkol sa iyong medikal na pangangalaga, tingnan ang Kabanata 8 (*Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)*).

Pamamaraan	Mga reklamo tungkol sa Medikal na Pangangalaga o mga inireresetang gamot sa Part D – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras.

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Pamamaraan	Mga reklamo tungkol sa Medikal na Pangangalaga o mga inireresetang gamot sa Part D – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
FAX	(562) 499-0610
SUMULAT	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
WEBSITE NG MEDICARE	Puwede kang magsumite ng reklamo tungkol sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nang direkta sa Medicare. Para magsumite ng online na reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Saan magpapadala ng kahilingan na humihiling sa amin na bayaran ang gastos para sa medikal na pangangalaga o gamot na natanggap mo

Kung nakatanggap ka ng singil o binayaran para sa mga serbisyo (tulad ng singil ng provider) na sa tingin mo ay dapat naming bayaran, puwedeng kailanganin mong humingi sa amin ng pagsasauli ng ibinayad o para bayaran ang singil ng provider. Tingnan ang Kabanata 6 (*Paghiling sa amin na magbayad ng singilin na natanggap mo para sa mga sakop na medikal na serbisyo o gamot*).

Pakitandaan: Kung hihilingin mo sa amin na magbayad ng bayarin at tanggihan namin ang anumang bahagi ng iyong kahilingan, maaari mong iapela ang aming desisyon. Tingnan ang Kabanata 8 (*Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo))* para sa higit pang impormasyon.

Pamamaraan	Mga Kahilingan sa Pagbabayad para sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
FAX	(310) 507-6186
SUMULAT	Senior Whole Health of New York Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
WEBSITE	SWHNY.com

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Pamamaraan	Mga Kahilingan sa Pagbabayad para sa mga inireresetang gamot sa Part D – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
FAX	(866) 290-1309
SUMULAT	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
WEBSITE	SWHNY.com

SEKSYON 2 Medicare (kung paano direktang makakakuha ng tulong at impormasyon mula sa programang Federal Medicare)

Ang Medicare ang programang nakasisiguro sa pangkalusugan ng pederal para sa mga taong 65 taong gulang o mas matanda, ilang taong wala pang edad na 65 na may mga kapansanan, at mga taong may huling yugto na sakit sa bato (permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o pag-transplant ng bato).

Ang ahensya ng pederal na namamahala sa Medicare ay ang Mga Sentro para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid, o ang CMS. Ang ahensyang ito ay nakikipagkontrata sa mga organisasyon ng Medicare Advantage kabilang na kami.

Pamamaraan	Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
TTY	1-877-486-2048 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita.

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Pamamaraan	Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
	Libre ang mga tawag sa numerong ito.
WEBSITE	<u>www.Medicare.gov</u> Ito ang opisyal na website para sa Medicare. Nagbibigay ito sa iyo ng napapanahon na impormasyon tungkol sa Medicare at mga kasalukuyang isyu sa Medicare. Mayroon din itong impormasyon tungkol sa mga ospital, mga pansariling pagamutan, mga physician, mga ahensya ng kalusugan sa tahanan, at mga pasilidad ng dialysis. Mayroon din itong mga dokumento na maaari ninyong i-print mula mismo sa inyong computer. Makakahanap ka rin ng mga contact sa Medicare sa iyong estado. Ang website ng Medicare ay mayroon ding detalyadong impormasyon tungkol sa iyong pagiging kwalipikado sa Medicare at mga opsyon sa pagpapatala gamit ang mga sumusunod na tool: • Tool sa Pagiging Kwalipikado sa Medicare: Nagbibigay ng impormasyon sa katayuan ng pagiging kwalipikado sa Medicare. • Tagahanap ng Plano ng Medicare: Nagbibigay ng pasadyang impormasyon tungkol sa mga available na plano sa iniresetang gamot ng Medicare, mga plano sa kalusugan ng Medicare, at mga patakaran ng Medigap (Seguro ng Karagdagang Medicare) sa lugar mo. Ang mga tool na ito ay nagbibigay ng <i>pagtatantiya</i> kung magkano ang maaaring magastos mo sa iba't ibang mga plan ng Medicare. Maaari mo ring gamitin ang website para sabihin sa Medicare ang tungkol sa anumang reklamo na mayroon ka tungkol sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP): • Sabihin sa Medicare ang tungkol sa iyong reklamo: Puwede kang magsumite ng reklamo tungkol sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nang direkta sa Medicare. Para magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa <u>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</u>. Sineseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito upang tumulong na mapabuti ang kalidad ng programang Medicare. Kung wala kang computer, maaaring makatulong sa iyo ang iyong lokal na librarya o sentro ng nakatatanda sa pagbisita sa website na ito gamit ang computer nito. O, maaari kang tumawag sa Medicare sa numero sa itaas at sabihin sa kanila kung ano ang iyong hinahanap. Hahanapin nila ang impormasyon sa website, at susuriin nila ang impormasyon kasama ninyo. Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.)

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

SEKSYON 3 Programa ng Tulong sa Seguro sa Kalusugan ng Estado (libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa mga tanong mo tungkol sa Medicare)

Ang State Health Insurance Assistance Program (SHIP) ay isang programa ng pamahalaan na may mga sinanay na tagapayo sa bawat estado. Sa New York, ang SHIP ay tinatawag na Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP).

Ang Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) ay isang independiyenteng (hindi konektado sa anumang kompanya ng seguro o planong pangkalusugan) na programa ng estado na kumukuha ng pera mula sa Pederal na pamahalaan para magbigay ng libreng pagpapayo sa lokal na hseguro sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

Matutulungan ka ng mga tagapayo ng Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) na maunawaan ang mga karapatan mo sa Medicare, tulungan kang magreklamo tungkol sa iyong medikal na pangangalaga o paggamot, at tulungan kang ituwid ang mga problema sa mga bayarin mo sa Medicare. Matutulungan ka rin ng mga tagapayo ng Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) sa mga tanong o problema sa Medicare at tutulungan kang maunawaan ang mga pagpipilian mo sa plano ng Medicare at sagutin ang mga tanong tungkol sa paglipat ng mga plano.

PARAAN SA PAG-ACCESS NG SHIP at IBA PANG MGA MAPAGKUKUNAN:

- Bisitahin ang <https://www.shiphelp.org> (I-click sa SHIP LOCATOR sa gitna ng pahina)
 - Piliin ang iyong **ESTADO** mula sa listahan. Dadalhin ka nito sa isang page na may mga numero ng telepono at mapagkukunang partikular sa iyong estado.

Pamamaraan	Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (New York's SHIP) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(800) 701-0501
SUMULAT	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
WEBSITE	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

SEKSYON 4 Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad

May itinalagang Organisasyon sa Pagpapabuti ng Kalidad para sa paglilingkod sa mga benepisyaryo ng Medicare sa bawat estado. Para sa New York, ang Organisasyon sa Pagpapabuti ng Kalidad ay tinatawag na Livanta.

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Ang Livanta ay may grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan na binabayaran ng Medicare para suriin at tumulong na mapabuti ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Ang Livanta ay isang independienteng organisasyon. Hindi ito konektado sa aming plano.

Dapat kang makipag-ugnayan sa Livanta sa alinman sa mga sitwasyong ito:

- Mayroon kang reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga na natanggap mo.
- Sa palagay mo ay masyadong maagang matatapos ang saklaw para sa pamamalagi mo sa ospital.
- Sa palagay mo ay masyadong maagang matatapos ang saklaw para sa iyong pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pag-aalaga, o Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF).

Pamamaraan	Livanta (Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad sa New York) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(866) 815-5440 Lunes - Biyernes mula 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. lokal na oras; katapusan ng linggo at pista opisyal mula 10:00 a.m. hanggang 4:00 p.m. lokal na oras.
TTY	711: Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita.
SUMULAT	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
WEBSITE	https://www.livantaqio.com/

SEKSYON 5 Social Security

Ang Social Security ay responsable sa pagtukoy ng kwalipikasyon at pangangasiwa sa pagpapatala para sa Medicare. Ang mga mamamayan ng U.S. at mga legal na permanenteng residente na 65 o mas matanda pa, o may kapansanan o End-Stage Renal Disease at nakakatugon sa ilang partikular na kundisyon, ay kwalipikado para sa Medicare. Kung nakakakuha ka na ng mga tseke sa Social Security, awtomatiko ang pagpapatala sa Medicare. Kung hindi ka nakakakuha ng mga tseke sa Social Security, kailangan mong magpatala sa Medicare. Para mag-apply sa Medicare, puwede kang tumawag sa Social Security o bisitahin ang iyong lokal na tanggapan ng Social Security.

Ang Social Security ay responsable din sa pagtukoy kung sino ang kailangan na magbayad ng dagdag na halaga para sa kanilang pagkakasakop sa gamot sa Part D dahil mayroon silang mas mataas na kita. Kung nakatanggap ka ng liham mula sa Social Security na nagsasabi sa iyo na kailangan mong magbayada ng dagdag na halaga at may mga tanong tungkol sa halaga o kung bumaba ang iyong kita dahil sa isang kaganapang nagbabago sa buhay, maaari kang tumawag sa Social Security para humingi ng muling konsiderasyon.

Kung lumipat ka o binago mo ang mailing address mo, mahalagang makipag-ugnayan ka sa Social Security para maipaalam sa kanila.

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Pamamaraan	Social Security – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TAWAG	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available mula 8:00 am hanggang 7:00 pm, Lunes hanggang Biyernes. Maaari mong gamitin ang mga automated na serbisyo ng telepono ng Social Security para makakuha ng nairekord na impormasyon at magsagawa ng ilang negosyo 24 oras sa isang araw.
TTY	1-800-325-0778 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available mula 8:00 am hanggang 7:00 pm, Lunes hanggang Biyernes.
WEBSITE	www.ssa.gov

SEKSYON 6 Medicaid

Ang Medicaid ay isang magkasanib na programa ng pamahalaang Pederal at estado na tumutulong sa mga gastos sa medikal at pangmatagalang pangangalaga para sa ilang partikular na taong may limitadong kita at mapagkukunan. Ang bawat estado ay nagpapasya kung ano ang binibilang na kita at mga mapagkukunan, kung sino ang kwalipikado, kung anong mga serbisyo ang sinasaklaw, at ang gastos para sa mga serbisyo. Maaaring magpasya ang mga estado kung paano patakbuin ang kanilang mga programa, basta't sinusunod nila ang mga tuntunin ng pederal.

Bilang karagdagan, may mga programang inaalok sa pamamagitan ng Medicaid na tumutulong sa mga taong may Medicare na bayaran ang kanilang mga gastos sa Medicare, tulad ng kanilang mga premium sa Medicare. Ang mga “Medicare Savings Programs” na ito ay tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na makatipid ng pera bawat taon:

- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Ang isang indibidwal na may karapatan sa Medicare, ay hindi nakakatugon sa pamantayan ng kita o mapagkukunan para sa QMB+ o SLMB+, ngunit kwalipikado para sa buong saklaw ng Medicaid alinman ayon sa kategorya o sa pamamagitan ng mga opsyonal na grupo ng saklaw batay sa Medikal na Nangangailangan na katayuan, mga antas ng espesyal na kita para sa mga indibidwal na institusyon, o tahanan at mga Waiver na nakabatay sa komunidad.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Tumutulong na magbayad ng mga premium ng Medicare Part A at Part B, at iba pang pagbabahagi ng gastos (tulad ng mga deductible, coinsurance, at copayment). Ang mga indibidwal na ito ay kwalipikado din para sa buong benepisyo ng Medicaid.

Para maging miyembro ng planong ito, dapat kang parehong nakatala sa Medicare at Medicaid at matugunan ang lahat ng iba pang mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado sa plano sa oras ng pagpapatala.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa tulong na nakukuha mo mula sa Medicaid, makipag-ugnayan sa New York Medicaid.

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

PAMAMARAAN	New York Medicaid – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(800) 505-5678 Lunes-Biyernes, 8:30 a.m. hanggang 8 p.m., Sabado 10:00 a.m. hanggang 6:00 p.m.
SUMULAT	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238
WEBSITE	http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml

Maaaring makipag-ugnayan ang mga miyembro ng Nassau County sa lokal na Department of Social Services.

PAMAMARAAN	Nassau County Department of Social Services – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(516) 227-7474
SUMULAT	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
WEBSITE	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Ang mga miyembro ng Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County ay maaaring makipag-ugnayan sa New York City Human Resources Administration/Department of Social Services.

PAMAMARAAN	Human Resources Administration/Department of Social Services
TUMAWAG SA	718-557-1399
WEBSITE	https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page

Maaaring makipag-ugnayan ang mga miyembro ng Orange County sa lokal na Department of Social Services

PAMAMARAAN	Orange County Department of Social Services
TUMAWAG SA	845-291-4000
SUMULAT	Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678
WEBSITE	https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services

Maaaring makipag-ugnayan ang mga miyembro ng Rockland County sa lokal na Department of Social Services

PAMAMARAAN	Rockland County Department of Social Services
TUMAWAG SA	845-364-3040

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

PAMAMARAAN	Rockland County Department of Social Services
SUMULAT	Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970
WEBSITE	http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/

Maaaring makipag-ugnayan ang mga miyembro ng Westchester County sa lokal na Department of Social Services.

PAMAMARAAN	Kagawaran ng Mga Serbisyon Panlipunan ng Westchester County – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	914-995-3333
SUMULAT	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
WEBSITE	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Ang Opisina ng Ombudsman ng New York ay tumutulong sa mga taong nakatala sa Medicaid na may mga problema sa serbisyo o pagsingil. Matutulungan ka nila na maghain ng karaingan o apela sa aming plano.

Pamamaraan	Tanggapan ng Ombudsman – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(888) 219-9818 Lunes hanggang Biyernes, 8:30 a.m. at 5:00 p.m.
SUMULAT	Office of the Ombudsman 52 Washington Street, 230N Rensselaer, NY 12144
WEBSITE	https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php

Ang Long Term Care Ombudsman Program ay tumutulong sa mga tao na makakuha ng impormasyon tungkol sa mga pansariling pagamutan at lutasin ang mga problema sa pagitan ng mga pansariling pagamutan at mga residente o kanilang mga pamilya.

Pamamaraan	Long Term Care Ombudsman Program – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(855) 582-6769 Lunes hanggang Biyernes, 8:30 a.m. at 5:00 p.m.
SUMULAT	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Pamamaraan	Long Term Care Ombudsman Program – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
WEBSITE	http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

SEKSYON 7 Impormasyon tungkol sa mga programa para tulungan ang mga tao na mabayaran ang kanilang mga inireresetang gamot

Ang website ng [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) na (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) ay nagbibigay ng impormasyon kung paano mababawasan ang iyong mga gastos sa resetang gamot. Para sa mga taong may limitadong kita, mayroon ding iba pang mga programang tutulong, gaya ng inilarawan sa ibaba.

Programang “Karagdagang Tulong” ng Medicare

Dahil kwalipikado ka para sa Medicaid, kwalipikado ka para sa at makakakuha ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare para bayaran ang mga gastos mo sa plano sa inireresetang gamot. Hindi mo na kailangang magsagawa ng kahit ano pa para makuha itong “Karagdagang Tulong.”

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa “Karagdagang Tulong,” tumawag sa:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo;
- Ang Social Security Office sa 1-800-772-1213, sa pagitan ng 8 am at 7 pm, Lunes hanggang Biyernes. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-325-0778; or
- Ang opisina ng Medicaid ng Estado (Tingnan ang Seksyon 6 ng kabanatang ito para sa impormasyon sa pakikipag-ugnayan).

Kung naniniwala kang nagbabayad ka ng maling halaga ng bahagi sa gastos kapag nakuha mo ang iyong reseta sa isang parmasya, ang aming plan ay may proseso para sa iyo na humiling ng tulong sa pagkuha ng katibayan sa wastong antas ng copayment mo, o, kung mayroon ka nang katibayan, upang ibigay sa amin ang katibayan na ito.

- Ang Best Available Evidence (BAE) ay matatagpuan sa web sa <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Ginagamit ang BAE para matukoy ang Tulong sa May Mababang Kita ng miyembro. Tinutukoy ng aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro at departamento ng Parmasya ang mga kaso kung saan nalalapat ang patakaran ng BAE. Maaaring magpadala ang mga miyembro ng dokumentasyon ng BAE para maitaguyod ang pagiging kwalipikado sa address ng Mga Serbisyo sa Miyembro na nakalista sa Kabanata 2. Bukod pa rito, maaari kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung mayroon kang mga tanong. Ang mga katanggap-tanggap na anyo ng ebidensya ay:
 - Liham ng Parangal ng SSA
 - Paunawa ng Parangal
 - Suplementong Seguridad sa Kita (Supplemental Security Income, SSI)

Kapag natanggap namin ang katibayan na nagpapakita ng antas ng copayment mo, ia-update namin ang aming system para mabayaran mo ang tamang copayment kapag nakuha mo ang iyong susunod na reseta sa parmasya. Kung sobra mong nabayaran ang iyong copayment, babayaran ka namin. Alinman, ipapasa namin sa iyo ang isang tseke sa halaga ng iyong sobrang bayad o babawasan namin ang mga copayment sa hinaharap. Kung ang parmasya ay hindi nakakolekta ng copayment mula sa iyo at dinadala ang copayment mo bilang utang mo, maaari naming

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

isagawa ang pagbabayad nang direkta sa parmasya. Kung nagbayad ang isang estado sa ngalan mo, maaari kaming direktang magbayad sa estado. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung mayroon kang mga katanungan.

Paano kung mayroon kang Karagdagang Tulong at saklaw mula sa AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?**Ano ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?**

Ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ay tumutulong sa mga kwalipikadong indibidwal ng ADAP na may HIV/AIDS na ma-access ang mga gamot sa HIV na nagliligtas-buhay. Ang mga inireresetang gamot ng Medicare Part D na nasa pormularyo din ng ADAP ay kwalipikado para sa tulong sa pagbabahagi ng gastos sa reseta sa pamamagitan ng New York State Uninsured Care Program (ADAP).

Tandaan: Para maging kwalipikado para sa ADAP na nagpapatakbo sa iyong Estado, ang mga indibidwal ay dapat matugunan ang ilang partikular na pamantayan, kabilang ang patunay ng paninirahan sa Estado at katayuan sa HIV, mababang kita tulad ng tinukoy ng Estado, at katayuang hindi nakaseguro/kulang sa seguro. Kung magbabago ka ng mga plano pakiabisuhan ang iyong lokal na manggagawa sa pagpapatala ng ADAP para patuloy kang makatanggap ng tulong. Para sa impormasyon sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado, mga salaw na gamot, o kung paano magpatala sa programa, pakitawagan ang New York State Uninsured Care Program (ADAP) sa (800) 542-2437 o (844) 682-4058.

SEKSYON 8 Paano makikipag-ugnayan sa Railroad Retirement Board

Ang Railroad Retirement Board ay isang independiyenteng ahensya ng Pederal na nangangasiwa ng mga komprehensibong programa ng benepisyo para sa mga manggagawa sa riles ng bansa at mga pamilya nila. Kung natanggap mo ang Medicare mo sa pamamagitan ng Railroad Retirement Board, mahalagang ipaalam mo sa kanila kung ililipat mo o binago mo ang mailing address mo. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga benepisyo mo mula sa Railroad Retirement Board, makipag-ugnayan sa ahensya.

Pamamaraan	Railroad Retirement Board – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	1-877-772-5772 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Kung pipindutin mo ang "0," maaari kang makipag-usap sa isang kinatawan ng RRB mula 9:00 am hanggang 3:30 pm, Lunes, Martes, Huwebes, at Biyernes, at mula 9:00 am hanggang 12:00 pm sa Miyerkules. Kung pipindutin mo ang "1", maaari mong i-access ang automated na RRB HelpLine at naitalang impormasyon 24 oras sa isang araw, kabilang ang mga katapusan ng linggo at holiday.
TTY	1-312-751-4701 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. <i>Hindi</i> libre ang mga tawag sa numerong ito.

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Pamamaraan	Railroad Retirement Board – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
WEBSITE	rrb.gov/

SEKSYON 9 Mayroon ka bang seguro sa grupo o iba pang seguro sa kalusugan mula sa isang employer?

Kung ikaw (o ang asawa o kinakasama mo) ay makakakuha ng mga benepisyo mula sa employer mo (o ng asawa o kinakasama mo) o grupo ng mga retirado bilang bahagi ng plan na ito, maaari mong tawagan ang tagapangasiwa ng mga benepisyo ng employer/union o Mga Serbisyo sa Miyembro kung mayroon kang anumang katanungan. Maaari kang magtanong tungkol sa employer mo (o ng asawa o kinakasama mo) o mga benepisyo sa kalusugan ng nagretiro, mga premium, o ang panahon ng pagpapatala. (Ang mga numero ng telepono para sa Mga Serbisyo sa Miyembro ay naka-print sa likod na takip ng dokumentong ito.) Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) sa mga tanong na may kaugnayan sa pagsaklaw ng Medicare mo sa ilalim ng planong ito.

Kung mayroon kang iba pang saklaw ng inireresetang gamot sa pamamagitan ng employer mo (o ng asawa o kinakasama mo) o grupo ng nagretiro, mangyaring makipag-ugnayan sa **tagapangasiwa ng mga benepisyo ng grupong iyon**. Matutulungan ka ng administrator ng mga benepisyo na matukoy kung paano gagana ang kasalukuyang pagsaklaw ng inireresetang gamot mo sa plano namin.

KABANATA 3:

*Paggamit ng plano para sa iyong medikal
at iba pang mga saklaw na serbisyo*

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**SEKSYON 1 Mga bagay na dapat malaman tungkol sa pagkuha ng iyong pangangalagang medikal at iba pang mga serbisyo bilang miyembro ng aming plano**

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung ano ang kailangan mong malaman tungkol sa paggamit ng plano para masakop ang iyong medikal na pangangalaga at iba pang mga serbisyo. Nagbibigay ito ng mga kahulugan ng mga termino at ipinapaliwanag ang mga panuntunang kailangan mong sundin para makuha ang mga medikal na paggamot, serbisyo, kagamitan, inireresetang gamot, at iba pang medikal na pangangalaga na saklaw ng plano.

Para sa mga detalye kung anong medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo ang saklaw ng aming plano, gamitin ang chart ng mga benepisyo sa susunod na kabanata, Kabanata 4 (*Chart ng Mga Medikal na Benepisyo, kung ano ang saklaw*).

Seksyon 1.1 Ano ang mga provider ng network at mga saklaw na serbisyo?

- Ang **mga provider** ay mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan na lisensyado ng estado para magkaloob ng mga serbisyo at medikal na pangangalaga. Kasama rin sa terminong provider ang mga ospital at iba pang pasilidad ng pangangalaga sa kalusugan.
- Ang **mga network provider** ay ang mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan, mga medikal na grupo, mga ospital, at iba pang pasilidad ng pangangalaga sa kalusugan na may kasunduan sa amin na tanggapin ang aming bayad bilang bayad nang buo. Inayos namin ang mga provider na ito na maghatid ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro sa aming plano. Sinisingil kami mismo ng mga tagapagkaloob na nasa network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa inyo. Kapag nagpakonsulta kayo sa isang tagapagkaloob na nasa network, karaniwang wala kayong babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.
- Kasama sa **mga sakop na serbisyo** ang lahat ng medikal na pangangalaga, mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan, kagamitan sa mga supply, at Mga Inireresetang Gamot na sakop ng aming plano. Ang iyong mga sakop na serbisyo para sa medikal na pangangalaga ay nakalista sa chart ng mga benepisyo sa Kabanata 4. Ang iyong mga sakop na serbisyo para sa mga inireresetang gamot ay tinatalakay sa Kabanata 5.

Seksyon 1.2 Mga pangunahing tuntunin para sa pagkuha ng iyong medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo na sakop ng plano

Bilang planong pangkalusugan ng Medicare at Medicaid, dapat sakupin ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) ang lahat ng serbisyong sakop ng Orihinal na Medicare at maaaring mag-alok ng iba pang mga serbisyo bilang dagdag sa mga sakop sa ilalim ng Orihinal na Medicare.

Pangalahatang sasakupin ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) ang iyong medikal na pangangalaga hangga't:

- **Ang pangangalaga na natatanggap mo ay kasama sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo ng plano** (ang chart na ito ay nasa Kabanata 4 ng dokumentong ito).
- **Ang pangangalagang natatanggap mo ay itinuturing na medikal na kinakailangan.** Ang medikal na kinakailangan ay nangangahulugan na ang mga serbisyo, supply, kagamitan, o gamot ay kailangan para sa pag-iwas, pagsusuri, o paggamot sa medikal na kondisyon mo at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

- **Mayroon kang provider ng pangunahing pangangalaga ng network (primary care provider, isang PCP) o na siyang nangangasiwa ng iyong pangangalaga.** Bilang miyembro ng aming plano, dapat kang pumili ng network PCP (para sa higit pang impormasyon tungkol dito, tingnan ang Seksyon 2.1 sa kabanatang ito).
- **Dapat mong matanggap ang iyong pangangalaga mula sa isang provider ng network** (para sa karagdagang impormasyon tungkol dito, tingnan ang Seksyon 2 sa kabanatang ito). Sa karamihan ng mga kaso, ang pangangalaga na natatanggap mo mula sa isang provider na wala sa network (isang provider na hindi bahagi ng network ng aming plano) ay hindi sasakupin. Nangangahulugan ito na kailangan mong bayaran nang buo ang provider para sa mga serbisyong inihiatid. *Narito ang tatlong eksepsiyon:*
 - Sinasaklaw ng plano ang pang-emergency na pangangalaga o mga serbisyong agarang kinakailangan na nakukuha mo mula sa isang provider na wala sa network. Para sa higit pang impormasyon tungkol dito, at para makita kung ano ang ibig sabihin ng mga serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangan, tingnan ang Seksyon 3 sa kabanatang ito.
 - Kung kailangan mo ng medikal na pangangalaga na kailangang sakupin ng aming plano ayon sa Medicare o Medicaid ngunit walang mga espesyalista sa aming network ang nagbibigay ng pangangalagang ito, maaari mong makuha ang pangangalaga na ito mula sa isang provider na wala sa network sa parehong pagbabahagi sa gastos na karaniwan mong binabayaran sa network. Sa kasong ito, kinakailangan ang paunang awtorisasyon. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa tulong. Sa ganitong sitwasyon, sasaklawin namin ang pangangalaga nang libre para sa inyo. Para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pag-apruba para magpatingin sa isang wala sa network na doktor, tingnan ang Seksyon 2.4 sa kabanatang ito.
 - Sinasakop ng plano ang mga serbisyo sa dialysis sa bato na nakukuha mo sa isang pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare kapag ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plano o kapag ang provider mo para sa serbisyong ito ay pansamantalang hindi available o hindi naa-access. Ang bahagi ng gastos na babayaran ninyo para sa dialysis ay hindi kailanman puwedeng lumampas sa hatian sa gastos sa Original Medicare. Kung nasa labas kayo ng pinagseserbisyuhang lugar ng plano at magpapa-dialysis kayo sa isang tagapagkaloob na wala sa network ng aming plano, ang inyong hatian sa gastos ay hindi maaaring lumampas sa hatian sa gastos na binabayaran ninyo sa loob ng network. Gayunpaman, kung pansamantalang hindi available ang karaniwan ninyong tagapagkaloob na nasa network para mag-dialysis at pipiliin ninyong kunin ang mga serbisyo sa loob ng pinagseserbisyuhang lugar mula sa isang out-of-network na tagapagkaloob, posibleng maging mas mataas ang hatian sa gastos para sa dialysis.

SEKSYON 2 Gumamit ng mga provider sa network ng plano para makuha ang iyong pangangalagang medikal at iba pang mga serbisyo

Seksyon 2.1	Dapat kayong pumili ng Provider ng Pangunahing Pangangalaga (Primary Care Provider, PCP) na magbibigay at mangangasiwa sa iyong pangangalaga
--------------------	---

Ano ang PCP at ano ang ginagawa ng PCP para sa iyo?

Kapag naging miyembro ka ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), kailangan mong pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (PCP). Ang iyong PCP ay isang lisensyadong provider na nakakatugon sa mga kinakailangan ng estado at sinanay para bigyan ka ng pangunahing medikal na pangangalaga.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

Ang iyong PCP ay isang New York State Family Medicine, Internal Medicine, Geriatric Medicine, Adult Medicine o Family Medicine na physician, o isang Gerontological Nurse Practitioner. Makukuha mo ang nakagawian o pangunahing pangangalaga mo mula sa iyong PCP. Iko-coordinate din ng iyong PCP ang iba pang sakop na serbisyong makukuha mo bilang miyembro ng plano. Kabilang dito ang mga x-ray, mga pagsusuri sa laboratoryo, mga therapy, mga espesyalista sa form ng pangangalaga, mga pagpasok sa ospital at kasunod na pangangalaga. Ang "pag-coordinate" sa mga serbisyo sa iyo ay nagsasangkot din ng pagsusuri o pagkonsulta sa iba pang mga provider ng plano tungkol sa iyong pangangalaga. Sa ilang mga pagkakataon, kakailanganin ng PCP ninyo na kumuha ng paunang awtorisasyon (paunang pag-apruba) mula sa amin. Ipinapakita ng Chart ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4 kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang awtorisasyon mula sa plano. Makikipag-ugnayan ang iyong PCP sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) para makuha ang kinakailangang awtorisasyon. Dahil ihahatid at ikokoordina ng PCP ninyo ang pangangalagang medikal ninyo, dapat ninyong ipadala ang lahat ng mga nakaraang medikal na rekord ninyo sa opisina ng PCP ninyo.

Paano mo pipiliin ang iyong PCP?

Kapag nag-sign up ka para sa aming plano, hihilingin sa iyo na pumili ng PCP. Ang PCP na kasalukuyan mong nakikita ay maaaring bahagi na ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) network. Kapag nag-apply ka sa aming plano, malalaman namin kung ang iyong PCP ay bahagi ng aming plano. Kung ang doktor mo ay hindi bahagi ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), kakailanganin mong pumili ng bago mula sa aming network at mag-set up ng appointment para makita ang doktor na iyon sa lalong madaling panahon.

Puwede mong piliin ang iyong PCP mula sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) Provider and Pharmacy Directory sa oras na mag-sign up ka. Para sa pinakabagong listahan ng mga provider, gamitin ang Maghanap ng Provider na tool sa paghahanap sa aming website. Maaari ka ring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa walang bayad na numero sa likod ng booklet na ito. Susuriin namin ang mga pangalan ng PCP sa lugar mo, tatanungin ka tungkol sa iba pang mga doktor kung saan ka nagpapatingin at kung saang mga ospital ka pupunta. Hihilingin sa iyo na ilagay ang pangalan ng PCP sa iyong aplikasyon sa pagpapatala. Puwede ninyong palitan ang PCP ninyo anumang oras.

Pagbabago ng iyong PCP

Puwede ninyong palitan ang PCP ninyo sa anumang dahilan, anumang oras. Gayundin, posibleng umalis ang iyong PCP sa network ng mga provider ng aming plano at kailangan mong maghanap ng bagong PCP.

Para palitan ang iyong PCP, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Kapag tumawag ka, tiyaking sabihin sa amin kung nagpapatingin ka sa mga espesyalista o nakakakuha ng anumang iba pang sakop na serbisyo na nangangailangan ng pag-apruba ng iyong PCP (tulad ng mga serbisyong pangkalusugan sa tahanan at matibay na kagamitang medikal). Tutulungan ang Mga Serbisyo sa Miyembro na matiyak na makakapagpatuloy ka sa espesyalidad na pangangalaga at iba pang mga serbisyong natatanggap mo kapag pinalitan mo ang iyong PCP. Susuriin nila para matiyak na ang PCP na gusto mong lipatan ay tumatanggap ng mga bagong pasyente. Papalitan ng Mga Serbisyo sa Miyembro ang membership record mo para ipakita ang pangalan ng iyong bagong PCP. Ang pagbabago sa iyong bagong PCP ay magkakabisa sa unang araw ng susunod na buwan.

Padadalhan ka rin nila ng bagong membership card na nagpapakita ng pangalan at numero ng telepono ng iyong bagong PCP.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**Seksyon 2.2 Anong mga uri ng medikal na pangangalaga at iba pang mga serbisyo ang maaari mong makuha nang walang referral mula sa iyong PCP?**

Makukuha mo ang mga serbisyong nakalista sa ibaba nang hindi kumukuha ng maagang pag-apruba mula sa iyong PCP.

- Ang nakagawiang pangangalaga sa kalusugan ng kababaihan, na kinabibilangan ng mga pagsusuri sa suso, mga screening mammogram (x-rays ng suso), Pap test, at pagsusuri sa balakang.
- Mga flu shot (o bakuna), pagbabakuna sa COVID-19, pagbabakuna sa Hepatitis B, at pagbabakuna sa pulmonya.
- Mga pang-emerhensiya na serbisyo mula sa mga network provider o mga provider na wala sa network.
- Mga agarang kinakailangan na mga serbisyong saklaw ng plan, na mga serbisyong nangangailangan ng agarang medikal na atensyon na hindi mga emerhensiya, kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plan, o hindi makatuwirang makuha ang serbisyong ito mula sa mga network provider na may kontrata sa plan batay sa iyong oras, lugar, at mga pangyayari. Ang mga halimbawa ng mga agarang kinakailangang serbisyo ay ang mga hindi inaasahang medikal na karamdaman at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kondisyon. Gayunpaman, mahalaga ang regular na pagbisita sa provider, gaya ng taunang pagsusuri, ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plan o pansamantalang hindi magagamit ang network ng plan.
- Mga serbisyo sa pag-dialysis ng bato na natatanggap ninyo mula sa isang pasilidad sa pag-dialysis na sertipikado ng Medicare kapag kayo ay nasa labas ng pinagseeserbisyuhang lugar ng aming plano. Kung maaari, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro bago ka umalis sa lugar na pinaglilingkuran para makatulong kaming ayusin na magkaroon ka ng pagpapanatili ng dialysis habang wala ka.

Seksyon 2.3 Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagapagkaloob na nasa network

Isang doktor na naghahatid ng pangangalaga ng kalusugan para sa isang partikular na karamdaman o bahagi ng katawan. Maraming uri ng mga espesyalista. Narito ang ilang halimbawa:

- Inaalagaan ng mga oncologist ang mga pasyenteng may kanser
- Inaalagaan ng mga cardiologist ang mga pasyenteng may mga problema sa puso
- Inaalagaan ng mga orthopedist ang mga pasyenteng may problema sa buto, kasukasuan, o kalamnan

Ang iyong PCP ay may pananagutan sa pag-uugnay ng mga serbisyo, kabilang ang pagdidirekta sa iyo sa mga espesyalista at iba pang network provider kung naaangkop. Walang kinakailangang paunang pag-apruba para sa mga pagbisita sa opisina kasama ng mga espesyalista sa network. Kung kailangan mo ng pamamaraan o serbisyo na nangangailangan ng paunang awtorisasyon sa plano, makikipag-ugnayan sa amin ang iyong PCP o espesyalista para makuha ang kailangan na paunang awtorisasyon. Ang mga serbisyong nangangailangan ng paunang awtorisasyon ng plano ay tinutukoy sa Kabanata 4, Seksyon 2.1 ng dokumentong ito. Kabilang sa mga halimbawa ng mga serbisyong nangangailangan ng paunang awtorisasyon sa plano ang elektibong (hindi pang-emergency) na pangangalaga ng ospital sa pasyente, mga pagpasok sa isang pasilidad ng dalubhasang pag-aalaga, at pangangalaga sa kalusugan ng tahanan.

Kung kailangan mo ng pangangalaga pagkatapos ng normal na oras ng negosyo, pakitawagan ang iyong PCP. Ang impormasyong ito ay nakalista sa iyong Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) membership ID card. Kung sa tingin mo ay emergency ito, humingi kaagad ng medikal na atensyon. Para sa

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

higit pang impormasyon, tingnan ang Seksyon 3, (Paano makakuha ng mga sakop na serbisyo kapag mayroon kang emergency o agarang pangangailangan para sa pangangalaga).

Paano kung ang isang espesyalista o ibang provider sa network ay umalis sa aming plano?

Maaari kaming gumawa ng mga pagbabago sa mga ospital, doktor, at mga espesyalista (provider) na bahagi ng iyong plano sa buong taon. Kung ang isa sa inyong mga tagapagkaloob ay umalis sa aming plano, mayroon kayong ilang mga karapatan at proteksyon na ibinubuod sa ibaba:

- Kahit na maaaring magbago ang aming network ng mga provider sa buong taon, hinihiling ng Medicare na bigyan ka namin ng walang patid na access sa mga kwalipikadong doktor at espesyalista.
- Aabisuhan namin kayo na aalis ang tagapagkaloob ninyo sa plano namin para magkaroon kayo ng oras para pumili ng bagong tagapagkaloob.
 - Kung aalis sa plano namin ang inyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga o ng kalusugan sa pag-uugali, aabisuhan namin kayo kung bumisita kayo sa tagapagkaloob na iyon sa loob ng nakaraang tatlong taon.
 - Kung aalis ang alinman sa iba pang mga tagapagkaloob ninyo sa plano namin, aabisuhan namin kayo kung nakatalaga kayo sa tagapagkaloob, kasalukuyang tumatanggap ng pangangalaga mula sa kanila, o bumisita kayo sa kanila sa loob ng nakaraang tatlong buwan.
- Tutulungan ka naming pumili ng bagong kwalipikadong provider na nasa network na maaari mong ma-access para sa patuloy na pangangalaga.
- Kung kasalukuyang kayong sumasailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa kasalukuyang tagapagkaloob ninyo, mayroon kayong karapatang magtanong, at nakikipagtulungan kami sa inyo para matiyak, na magpapatuloy ang medikal na kinakailangang paggamot o mga therapy na tinatanggap ninyo.
- Bibigyan namin kayo ng impormasyon tungkol sa iba't ibang panahon ng pagpapatala na maaari sa inyo at mga opsyon na mayroon kayo para sa pagpapalit ng mga plano.
- Aayusin namin ang anumang medikal na kinakailangang sakop na benepisyo sa labas ng aming network ng provider, ngunit sa pagbabahagi ng gastos sa loob ng network, kapag ang isang provider o benepisyo na nasa network ay hindi available o hindi sapat para tugunan ang iyong mga medikal na pangangailangan. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
- Kung malaman mong aalis ang doktor o espesyalista mo sa iyong plano, mangyaring makipag-ugnayan sa amin para matulungan ka namin sa paghahanap ng bagong provider na mamamahala sa pangangalaga mo.
- Kung naniniwala kang hindi ka namin nabigyan ng isang kwalipikadong provider para palitan ang iyong dating provider o kapag ang iyong pangangalaga ay hindi wastong pinamamahalaan, may karapatan kang maghain ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga sa QIO, isang kalidad ng karaingan sa pangangalaga sa plano, o pareho. Pakitingnan ang Kabanata 9.

Seksyon 2.4 Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang provider na wala sa network

Kung kailangan mo ng espesyal na medikal na pangangalaga na hinihiling ng Medicare o Medicaid na sakupin ng aming plano at walang mga provider sa aming network na makakapagbigay ng pangangalaga na ito, maaari mong makuha ang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. Kabilang dito ang mga serbisyo ng isang provider na natatanging kwalipikado na magbigay ng partikular na serbisyo na kailangan mo, pati na rin ang mga serbisyong ibinibigay sa isang sentro ng espesyalidad o isang sentro ng kahusayan (hal., mga serbisyo ng ESRD). Walang karagdagang mga paghihigpit sa benepisyo na nalalapap sa labas ng aming network o lugar ng serbisyo.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

Ikaw o ang iyong PCP ay dapat makipag-ugnayan sa aming plano para sa paunang awtorisasyon bago humingi ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa tulong. Kung bibigyan ka namin ng paunang awtorisasyon para makakuha ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network, sasakupin namin ang mga serbisyong ito na parang nakuha mo ang pangangalaga mula sa isang provider ng network.

Napakahalagang makakuha ng paunang awtorisasyon mula sa aming plano bago ka makakita ng mga provider na wala sa network. Kung hindi kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo. Kung gusto ng provider na bumalik ka para sa higit pang pangangalaga, suriin muna para matiyak na ang pag-apruba mula sa aming plano ay sumasakop sa higit sa isang pagbisita sa provider na wala sa network.

Tandaan: ang mga miyembro ay may karapatan na makatanggap ng mga serbisyo mula sa mga provider na wala sa network para sa mga serbisyong pang-emerhensia o agarang kinakailangan. Bilang karagdagan, ang mga plano ay dapat saklaw ang mga serbisyo ng dialysis para sa mga miyembro ng ESRD na naglakbay sa labas ng saklaw ng serbisyo ng plan at hindi ma-access ang mga nakakontratang provider ng ESRD.

SEKSYON 3 Paano makakuha ng mga serbisyo kapag mayroon kang emergency o agarang pangangailangan para sa pangangalaga o sa panahon ng sakuna

Seksyon 3.1 Pagkuha ng pangangalaga kung mayroon kang medikal na emergency

Ano ang isang medikal na emergency at ano ang dapat mong gawin kung mangyari ito?

Ang **medikal na emergency** ay kapag ikaw, o sinumang iba pang maingat na tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kang mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon para maiwasan ang panganib sa buhay mo (at, kung ikaw ay isang buntis, nawalan ng isang hindi pa isinisilang na sanggol), pagkawala ng isang paa o paggana ng isang paa, o may malubhang kapansanan sa isang paggana ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay maaaring isang sakit, pinsala, matinding pananakit, o isang kondisyong medikal na mabilis na lumalala.

Kung mayroon kang medikal na emerhensiya:

- **Humingi ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tumawag sa 911 o pumunta sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansya kung kailangan mo ito. *Hindi* mo na kailangang kumuha ng pag-apruba o referral mula sa inyong PCP. Hindi niyo kailangang gumamit ng tagapagkaloob na nasa network. Maaari kang masakop ng medikal na pangangalaga sa tuwing kailangan mo ito, saanman sa United States o mga teritoryo nito, at mula sa sinumang provider na may naaangkop na lisensya ng estado kahit na hindi sila bahagi ng aming network.
- **Sa lalong madaling panahon, tiyakin na ang aming plano ay sinabihan tungkol sa iyong emergency.** Susubaybayan namin ang inyong pang-emerhensyang pangangalaga. Dapat kang tumawag o ang ibang tao upang sabihin sa amin ang tungkol sa iyong pangangalagang pang-emerhensiya, kadalasan sa loob ng 48 oras. Mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa likod ng iyong membership card ng plan.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**Ano ang sakop kung mayroon kang medikal na emergency?**

Sinasaklaw ang mga serbisyo ng ambulansya sa mga sitwasyon kung saan ang pagpunta sa emergency room sa anumang ibang paraan ay maaaring maglagay sa inyong kalusugan sa kapahamakan. Sinasaklaw din namin ang mga serbisyong medikal sa panahon ng emerhensiya.

Ang mga tagapagkaloob ng serbisyo na nagbibigay sa iyo ng pang-emergency na pangangalaga ay magpapasya kung panatag na ang iyong kondisyon at tapos na ang medikal na emergency.

Pagkatapos ng emergency ay may karapatan ka sa kasunod na pangangalaga para matiyak na ang iyong kondisyon ay patuloy na gagaling. Patuloy kang gagamutin ng iyong mga doktor hanggang sa makipag-ugnayan sa amin ang mga doktor mo at gumawa ng mga plano para sa karagdagang pangangalaga. Ang iyong kasunod na pangangalaga ay sasakupin ng aming plano. Kung ang iyong pang-emergency na pangangalaga ay ibinibigay ng mga provider na wala sa network, susubukan naming ayusin para sa mga provider ng network na angkinin ang pangangalaga sa iyo sa sandaling payagan ng iyong kondisyong medikal at ng mga pangyayari.

Paano kung hindi ito isang medikal na emergency?

Minsan mahirap malaman kung mayroon kang pang-emergency na medikal o emergency sa kalusugan ng pag-uugali. Halimbawa, maaari kang pumunta para sa emergency na pangangalaga - iniisip na ang kalusugan mo ay nasa malubhang panganib - at maaaring sabihin ng doktor na ito ay hindi medikal na emergency kung tutuusin. Kung lumalabas na hindi ito emergency, hangga't naisip mo na ang kalusugan mo ay nasa malubhang panganib, sasakupin namin ang pangangalaga sa iyo.

Gayunpaman, pagkatapos sabihin ng doktor na *hindi* ito emerhensiya, sasaklawin lamang namin ang karagdagang pangangalaga kung matatanggap mo ang karagdagang pangangalaga sa isa sa dalawang paraan na ito:

- Pumunta ka sa isang provider ng network para makuha ang karagdagang pangangalaga.
- – o – Ang karagdagang pangangalaga na natatanggap mo ay itinuturing na agarang kinakailangang mga serbisyo at sinusunod mo ang mga patakaran para sa pagkuha ng agarang pangangalaga na ito (para sa higit pang impormasyon tungkol dito, tingnan ang Seksyon 3.2 sa ibaba).

Seksyon 3.2 Pagkuha ng pangangalaga kung mayroon kang agarang pangangailangan para sa mga serbisyo
Ano ang mga agarang kinakailangang serbisyo?

Ang isang serbisyong saklaw ng plano na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon na hindi isang emergency ay isang agarang kinakailangang serbisyo kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng saklaw ng serbisyo, o ito ay hindi makatwiran sa iyong oras, lugar, at mga pangyayari upang makuha ang serbisyong ito mula sa mga network provider kung kanino nakikipagkontrata ang plan. Ang mga halimbawa ng mga agarang kinakailangang serbisyo ay ang mga hindi inaasahang medikal na karamdaman at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kondisyon. Gayunpaman, mahalaga ang regular na pagbisita sa provider, gaya ng taunang pagsusuri, ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plan o pansamantalang hindi magagamit ang network ng plan.

Kapag pansamantalang wala o hindi mapupuntahan ang mga tagapagkaloob na nasa network, maaaring kunin ang agarang pangangalaga gamit ang anumang bukas na sentro ng agarang pangangalaga. Maaari mo ring tawagan ang Nurse Advice Line sa (877) 353-0185. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

Sinasaklaw ng aming plano ang pandaigdigang emerhensiya at mga serbisyo sa agarang pangangalaga sa labas ng United States sa ilalim ng mga sumusunod na pangyayari:

- Mayroon kang limitasyon na \$10,000 para sa pagsaklaw ng pandaigdigang emerhensiya bawat taon na gagamitin para sa transportasyong pang-emerhensiya, agarang pangangalaga, emerhensiyang pangangalaga, at pangangalaga pagkatapos gumaling.
- Ang benepisyong ito ay limitado sa mga serbisyong maituturing na pang-emerhensiya o agarang pangangalaga kung ibinigay ang pangangalaga sa U.S.
- Kung nakatanggap kayo ng pang-emergency na pangangalaga sa labas ng U.S. at nangangailangan kayo ng pangangalaga para sa pasyente pagkatapos na mapabuti ang inyong pang-emergency na kondisyon, dapat kayong bumalik sa isang ospital na nasa loob ng network upang patuloy na masaklaw ang inyong pangangalaga. O dapat mayroon kayong pangangalaga para sa pasyente sa ospital na wala sa network na awtorisado ng plano. Ang inyong gastos ay ang hatian sa gastos na babayaran ninyo sa isang ospital na nasa network. Nalalapat ang maximum na plano.
- Maaaring kailanganin mong magbayad para sa mga serbisyo mula sa bulsa at maghain ng claim para sa pagsasauli ng bayad.
- Ang mga buwis sa ibang bansa at bayarin (kabilang ang ngunit hindi limitado sa, conversion ng pera o mga bayarin sa transaksyon) ay hindi saklaw. Hindi saklaw ang transportasyon pabalik sa U.S mula sa ibang bansa.
- Ang regular na pangangalaga at mga paunang nakaiskedyul o elektibong pamamaraan ay hindi saklaw.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung babayaran namin ang anumang serbisyo, may karapatan kang tanungin kami kung sasakupin namin ito bago mo makuha. May karapatan rin kang hilingin ito sa pamamagitan ng sulat. Kung sasabihin naming hindi namin sasakupin ang (mga) serbisyo, may karapatan kang iapela ang aming desisyon na huwag sakupin o ibalik ang nabayaran sa pangangalaga sa iyo.

Seksyon 3.3 Pagkuha ng pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung ang Gobernador ng inyong estado, ang Kalihim ng Kalusugan at Serbisyong Pantao ng U.S., o ang Pangulo ng United States ay nagdeklara ng isang estado ng sakuna o emergency sa inyong heyograpikong lugar, may karapatan pa rin kayo sa pangangalaga mula sa aming plano.

Mangyaring bisitahin ang sumusunod na website: SWHNY.com para sa impormasyon kung paano makakuha ng kinakailangang pangangalaga sa panahon ng sakuna.

Kung hindi ka makagamit ng provider sa network sa panahon ng sakuna, papayagan ka ng iyong plano na makakuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network sa pamamagitan ng hatian ng gastos sa loob ng network. Kung hindi ninyo magagamit ang isang parmasyang nasa network sa panahon ng idineklarang sakuna, pupunan ninyo ang inyong mga inireresetang gamot sa isang parmasya na wala sa network. Pakitingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 para sa karagdagang impormasyon.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

SEKSYON 4 Paano kung direkta kang sinisingil para sa buong halaga ng mga serbisyo sa iyo?

Seksyon 4.1 Maaari mong hilingin sa amin na magbayad para sa mga saklaw na serbisyo

Kung nagbayad ka para sa iyong mga sakop na serbisyo, o kung nakatanggap ka ng pagsingil para sa mga sakop na medikal na serbisyo, pumunta sa Kabanata 6 (*Habang hinihiling sa amin na bayaran ang singil na natanggap mo para sa mga sakop na medikal na serbisyo o gamot*) para sa impormasyon tungkol sa kung ano ang gagawin.

Seksyon 4.2 Ano ang dapat mong gawin kung ang mga serbisyo ay hindi sakop ng aming plano?

Ang **Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)** ay sumasaklaw sa lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo tulad ng nakalista sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4 ng dokumentong ito. Kung nakatanggap ka ng mga serbisyong hindi sakop ng aming plano o mga serbisyong nakuha sa labas ng network at hindi awtorisado, ikaw ang may pananagutan sa pagbabayad ng buong halaga ng mga serbisyo.

Para sa mga sakop na serbisyo na may limitasyon sa benepisyo, babayaran mo rin ang buong halaga ng anumang serbisyong nakukuha mo pagkatapos mong maubos ang benepisyo mo para sa ganoong uri ng sakop na serbisyo. Kung magbabayad ka para sa mga gastos kapag naabot na ang limitasyon sa benepisyo, ang mga gastos na ito ay hindi mabibilang sa iyong maximum ng mula sa bulsa.

SEKSYON 5 Paano sinasaklaw ang iyong mga serbisyong medikal kapag ikaw ay nasa isang pag-aaral sa klinikal na pananaliksik?

Seksyon 5.1 Ano ang isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral?

Ang isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag rin na *klinikal na pagsubok*) ay isang paraan na sinusuri ng mga doktor at siyentipiko ang mga bagong uri ng medikal na pangangalaga, tulad ng kung gaano kahusay gumagana ang isang bagong gamot sa kanser. Ang ilang mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral ay inaprubahan ng Medicare. Ang isang pag-aaral ng klinikal na pananaliksik na inaprubahan ng Medicare ay karaniwang humihiling ng mga boluntaryo na makakalahok sa pag-aaral.

Kapag naaprubahan ng Medicare ang pag-aaral, at nagpahayag ka ng interes, makikipag-ugnayan sa iyo ang taong nagtatrabaho sa pag-aaral para ipaliwanag pa tungkol sa pag-aaral at tingnan kung natutugunan mo ang mga kinakailangan na itinakda ng mga siyentipiko na nagpapatakbo ng pag-aaral. Maaari kang lumahok sa pag-aaral hangga't natutugunan mo ang mga kinakailangan para sa pag-aaral at mayroon kang ganap na pag-unawa at pagtanggap sa kung ano ang sangkot kung lumahok ka sa pag-aaral.

Kung lalahok ka sa isang pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, babayaran ng Orihinal na Medicare ang karamihan sa mga gastos para sa mga sakop na serbisyong natatanggap mo bilang bahagi ng pag-aaral. Kung sasabihin mo sa amin na ikaw ay nasa isang kwalipikadong klinikal na pagsubok, ikaw ay may pananagutan lamang para sa nasa network na hatian ng gastos para sa mga serbisyo sa pagsubok na iyon. Kung nagbayad ka ng higit, halimbawa, kung nabayaran mo na ang halaga ng hatian ng gastos ng Orihinal na Medicare, babayaran namin ang kulang sa pagitan ng binayaran mo at ng hatian ng gastos sa network. Gayunpaman, kakailanganin mong magbigay ng

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

dokumentasyon para maipakita sa amin kung magkano ang binayaran mo. Kapag ikaw ay nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, maaari kang manatiling nakatala sa aming plano at patuloy na makuha ang natitirang bahagi ng pangangalaga sa iyo (ang pangangalaga na hindi nauugnay sa pag-aaral) sa pamamagitan ng aming plano.

Kung gusto mong lumahok sa anumang pag-aaral sa klinikal na pananaliksik na inaprubahan ng Medicare, *hindi* mo kailangang sabihin sa amin o kumuha ng pag-apruba mula sa amin o sa iyong PCP. Ang mga provider na nagbibigay ng pangangalaga sa iyo bilang bahagi ng pag-aaral sa klinikal na pananaliksik ay *hindi* kailangang maging bahagi ng network ng mga provider ng aming plan. Pakitandaan na hindi kasama dito ang mga benepisyo na responsable ang aming plano na kinabibilangan, bilang bahagi, ng klinikal na pagsubok o pagpapatala upang masuri ang benepisyo. Kabilang dito ang ilang partikular na benepisyong tinukoy sa ilalim ng national coverage determination na nangangailangan ng mga coverage with evidence development (NCD-CED) at mga pag-aaral ng investigational device exemption (IDE) at maaaring sumailalim sa paunang awtorisasyon at sa iba pang mga tuntunin ng plan.

Bagama't hindi mo kailangang kunin ang pahintulot ng aming plano para makasama sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, na sakop para sa mga nakatala sa Medicare Advantage ng Orihinal na Medicare, hinihikayat ka naming abisuhan kami nang maaga kapag pinili mong lumahok sa mga klinikal na pagsubok na kwalipikado sa Medicare.

Kung lalahok ka sa isang pag-aaral na *hindi* inaprubahan ng Medicare, *ikaw ang mananagot sa pagbabayad ng lahat ng gastos para sa paglahok mo sa pag-aaral.*

Seksyon 5.2 Kapag lumahok ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, sino ang magbabayad para sa ano?

Sa sandaling sumali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, sakop na kayo para sa karamihan ng item at serbisyo na kukunin ninyo bilang bahagi ng pag-aaral, kabilang ang:

- Silid at pagkain para sa pamamalagi sa ospital na babayaran ng Medicare kahit pa hindi kayo kasali sa pag-aaral
- Isang operasyon o iba pang medikal na pamamaraan na bahagi ng pag-aaral na pananaliksik
- Paggamot ng anumang mga side effect at komplikasyon ng bagong pangangalaga

Pagkatapos mabayaran ng Medicare ang bahagi nito sa gastos para sa mga serbisyong ito, babayaran ng aming plano ang natitira. Tulad ng para sa lahat ng sakop na serbisyo, wala kang babayaran para sa mga sakop na serbisyon na nakukuha mo sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral.

Kapag bahagi ka ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, **alinman sa Medicare o ang aming plano ay hindi magbabayad para sa alinman sa mga sumusunod:**

- Karaniwan, *hindi* magbabayad ang Medicare para sa bagong item o serbisyo na sinusuri ng pag-aaral maliban kung sasaklawin ng Medicare ang item o serbisyo kahit na *hindi* ka kasama sa pag-aaral.
- Mga item o serbisyong ibinigay lamang para mangolekta ng data, at hindi ginagamit sa direktang pangangalaga sa kalusugan mo. Halimbawa, hindi magbabayad ang Medicare para sa buwanang mga CT scan na isinagawa bilang bahagi ng pag-aaral kung ang kondisyong medikal mo ay karaniwang nangangailangan lamang ng isang CT scan.
- Mga item at serbisyo na karaniwang libreng ibinibigay ng mga sponsor ng pananaliksik para sa sinumang nakatala sa trial.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**Gusto mo bang malaman ang higit pa?**

Makakakuha ka ng higit pang impormasyon tungkol sa pagsali sa isang pag-aaral sa klinikal na pananaliksik sa pamamagitan ng pagbisita sa website ng Medicare para basahin o i-download ang publikasyong *Medicare at Mga Pag-aaral sa Klinikal na Pananaliksik*. (Ang publikasyon ay available sa: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Matatawagan mo rin sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

SEKSYON 6 Mga panuntunan para sa pagkuha ng pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon ng pangangalaga sa kalusugan na hindi medikal

Seksyon 6.1 Ano ang isang relihiyosong institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga sa kalusugan?

Ang isang relihiyosong institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga sa kalusugan ay isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga para sa isang kondisyon na karaniwang ginagamot sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga. Kung ang pagkuha ng pangangalaga sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga ay labag sa inyong mga paniniwalang panrelihiyon, isasama namin sa saklaw ang pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga sa kalusugan. Ang benepisyong ito ay para lang sa mga inpatient na serbisyo sa Medicare Part A (mga serbisyon hindi pang-medikal na pangangalaga sa kalusugan).

Seksyon 6.2 Pagtanggap ng Pangangalaga mula sa isang Relihiyosong Institusyon na Hindi Pang-medikal na Pangangalaga sa Kalusugan

Upang makakuha ng pangangalaga mula sa isang relihiyosong institusyon ng hindi medikal na pangangalaga sa kalusugan, dapat kang lumagda sa isang legal na dokumento na nagsasabing ikaw ay tapat na sumasalungat sa pagpapagamot na hindi nabubukod.

- Ang **hindi pinapahintulatang** medikal na pangangalaga o paggamot ay anumang medikal na pangangalaga o paggamot na *kusang-loob* at *hindi ipinag-uutos* ng anumang pederal, estado, o lokal na batas.
- Ang **pinapayagang** medikal na paggamot ay ang natanggap mong medikal na pangangalaga o paggamot na *hindi* kusang loob o *ipinag-uutos* sa ilalim pederal, estado, o lokal na batas.

Para masakop ng aming plano, ang pangangalaga na nakukuha mo mula sa isang relihiyosong institusyon ng hindi medikal na pangangalaga sa kalusugan ay dapat matugunan ang mga sumusunod na kondisyon:

- Ang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- Ang saklaw ng aming plan sa natanggap mong mga serbisyo ay limitado sa mga *hindi relihiyosong* aspeto ng pangangalaga.
- Kung kukuha kayo ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ipinagkakaloob sa inyo sa isang pasilidad:
 - Dapat ay mayroon kang medikal na kondisyon na magbibigay-daan sa iyo na makatanggap ng mga sakop na serbisyo para sa pangangalaga sa ospital ng pasyente o pangangalaga sa pasilidad ng sinanay na pag-aalaga.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

- – *at* – Dapat kang makakuha ng maagang pag-apruba mula sa aming plan bago ka matanggap sa pasilidad o hindi sasaklawin ang pananatili mo.
- – *at* – Sinasaklaw ng Medicare ang hanggang 90 araw sa bawat panahon ng benepisyo. Sinasaklaw ng Medicaid ang pananatili mo bilang pasyente na lampas sa 90-araw na limitasyon ng Medicare, kung medikal na kinakailangan. Ang mga limitasyon sa pagkakasaklaw ay inilarawan sa ilalim ng “Pangangalaga ng ospital sa inpatient” sa Kabanata 4 ng chart ng mga benepisyo.

Dagdag pa rito, dapat kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa opisina ng Medicaid ng Estado mo (nakalista ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6) para sa karagdagang impormasyon sa mga serbisyong sakop ng Medicaid upang maunawaan ang lahat ng opsyon mo sa pagsakop.

SEKSYON 7 Mga panuntunan para sa pag-aari ng matibay na kagamitang medikal

Seksyon 7.1	Magmamay-ari ka ba ng matibay na kagamitang medikal pagkatapos makapagsagawa ng ilang beses ng mga pagbabayad sa ilalim ng aming plano?
--------------------	--

Kabilang sa matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME) ang mga item gaya ng kagamitan at supply ng oxygen, mga wheelchair, panlakad, may power na sistema ng kutson, saklay, mga gamit sa diabetes, device sa pagbuo ng pagsasalita, IV infusion pump, nebulizer, at kama ng ospital na iniutos ng provider para gamitin sa tahanan. Palagi kayong nagmamay-ari ng ilang partikular na bagay, tulad ng mga prosthetics. Sa seksyong ito, tinatalakay namin ang iba pang mga uri ng DME na dapat mong arkilahin.

Sa Original Medicare, ang mga taong nagrerenta ng ilang uri ng DME ay nagmamay-ari ng kagamitan pagkatapos magbayad ng mga copayment para sa item sa loob ng 13 buwan. Bilang miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), gayunpaman, kadalasan ay hindi ka magkakaroon ng pagmamay-ari sa mga nirentahang DME item gaano man karaming mga copayment ang isasagawa mo para sa item habang miyembro ng aming plano, kahit na ikaw ay nakapagsagawa ng hanggang 12 magkakasunod na pagbabayad para sa item ng DME sa ilalim ng Orihinal na Medicare bago ka sumali sa aming plano. Sa ilang partikular na limitadong sitwasyon, inililipat namin ang pagmamay-ari ng item ng DME sa inyo. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

Ano ang mangyayari sa mga pagbabayad na ginawa mo para sa matibay na kagamitang medikal kung lilipat ka sa Orihinal na Medicare?

Kung hindi kayo nakakuha ng pagkamay-ari ng item ng DME habang nasa aming plano, dapat kayong gumawa ng 13 bagong magkakasunod na pagbabayad pagkatapos ninyong lumipat sa Orihinal na Medicare upang ipagmay-ari ang item. Ang mga pagbabayad na ginawa habang nakatala sa iyong plano ay hindi binibilang.

Halimbawa 1: Nagsagawa ka ng 12 o mas kaunting magkakasunod na pagbabayad para sa item sa Orihinal na Medicare at pagkatapos ay sumali sa aming plano. Ang mga pagbabayad na isinagawa mo sa Orihinal na Medicare ay hindi binibilang. Kakailanganin mong magsagawa ng 13 pagbabayad sa aming plano bago angkinin ang item.

Halimbawa 2: Nagsagawa ka ng 12 o mas kaunting magkakasunod na pagbabayad para sa item sa Orihinal na Medicare at pagkatapos ay sumali sa aming plano. Nasa aming plano ka ngunit hindi nakakuha ng pagkamay-ari habang nasa aming plano. Pagkatapos ay babalik ka sa Orihinal na Medicare. Kakailanganin mong magsagawa ng 13 magkakasunod na mga bagong pagbabayad para angkinin ang item sa sandaling sumali ka muli sa Orihinal

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

na Medicare. Ang lahat ng nakaraang pagbabayad (sa aming plano man o sa Orihinal na Medicare) ay hindi binibilang.

Seksyon 7.2 Mga panuntunan para sa mga kagamitan, supply, at pagpapanatili ng oxygen**Anong mga benepisyo ng oxygen ang may karapatan ka?**

Kung kuwalipikado ka para sa saklaw ng mga kagamitan sa oxygen ng Medicare na saklaw ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) ang:

- Pagrenta ng mga kagamitan sa oxygen
- Paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- Mga tubo at mga kaugnay na kasangkapan para sa paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- Pagpapanatili at mga pagkukumpuni ng kagamitan sa oxygen

Kung aalis ka sa Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) o hindi na nangangailangan ng medikal na kagamitan sa oxygen, dapat ibalik ang kagamitan ng oxygen.

Anong mangyayari kung aalis ka sa iyong plano at bumalik sa Orihinal na Medicare?

Ang Orihinal na Medicare ay nangangailangan ng isang supplier ng oxygen na magbigay sa iyo ng mga serbisyo sa loob ng limang taon. Sa unang 36 na buwan nirentahan mo ang kagamitan. Ang natitirang 24 na buwan ang supplier ay nagbibigay ng kagamitan at pagpapanatili (may pananagutan ka pa rin para sa copayment para sa oxygen). Pagkatapos ng limang taon, maaari mong piliin na manatili sa parehong kumpanya o pumunta sa ibang kumpanya. Sa puntong ito, magsisimula muli ang limang taong cycle, kahit na manatili ka sa parehong kumpanya, na nangangailangan sa iyo na magbayad ng mga copayment para sa unang 36 na buwan. Kung sasali ka o aalis sa aming plano, magsisimulang muli ang limang taong cycle.

KABANATA 4:

*Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung
ano ang sakop)*

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)**SEKSYON 1 Pag-unawa sa mga sakop na serbisyo**

Ang kabanatang ito ay nagbibigay ng Chart ng Mga Medikal na Benepisyo na naglilista ng iyong mga sakop na serbisyo bilang miyembro ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP). Sa bandang huli ng kabanatang ito, makakahanap ka ng impormasyon tungkol sa mga medikal na serbisyo na hindi sakop. Ipinapaliwanag din nito ang mga limitasyon sa ilang mga serbisyo.

Seksyon 1.1 Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito

Dahil nakakakuha kayo ng tulong mula sa Medi-Cal, wala kayong babayaran para sa inyong mga sinasaklaw na serbisyo hangga't sinusunod ninyo ang mga panuntunan ng aming plano. (Tingnan ang Kabanata 3 para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga tuntunin ng mga plano para sa pagkuha ng pangangalaga para sa iyo.)

Seksyon 1.2 Ano ang pinakamalaking babayaran mo para sa Medicare Part A at Part B na sakop na mga medikal na serbisyo?

Tandaan: Dahil ang aming mga miyembro ay nakakakuha din ng tulong mula sa Medicaid, napakakaunting mga miyembro ang nakakaabot ng maximum na mula sa bulsa na ito. Wala kang pananagutan sa pagbabayad ng anumang gastos mula sa bulsa patungo sa pinakamataas na halagang mula sa bulsa para sa mga sakop na serbisyo ng Part A at Part B.

Dahil ikaw ay nakatala sa isang Medicare Advantage Plan, may limitasyon sa halagang kailangan mong bayaran mula sa bulsa bawat taon para sa mga medikal na serbisyo na sakop sa ilalim ng Medicare Part A at Part B. Ang limitasyong ito ay tinatawag na mula sa bulsang maximum (MOOP) na halaga para sa mga medikal na serbisyo. Para sa bawat taon 2025 ang halagang ito ay \$9,350.

Ang mga halagang binabayaran mo para sa mga sakop na serbisyo ay binibilang sa maximum na halagang mula sa bulsa na ito. Ang mga halagang binabayaran mo para sa iyong Part D na mga inireresetang gamot ay hindi binibilang sa iyong maximum na halagang mula sa bulsa. Bilang karagdagan, ang mga halagang binabayaran mo para sa ilang mga serbisyo ay hindi binibilang sa iyong maximum na halagang mula sa bulsa. Ang mga serbisyong ito ay minarkahan ng asterisk (*) sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo. Kung naabot mo ang pinakamalaking halaga mula sa bulsa na \$9,350, hindi mo kailangang magbayad ng anumang gastos mula sa bulsa para sa natitirang bahagi ng taon para sa mga saklaw na serbisyong Part A at Part B. Gayunpaman, dapat mong ipagpatuloy ang pagbabayad ng Medicare Part B premium (maliban kung ang iyong Part B na premium ay binayaran para sa iyo ng Medicaid o ibang third party).

SEKSYON 2 Gamitin ang Chart ng Mga Medikal na Benepisyo para malaman kung ano ang sakop**Seksyon 2.1 Ang iyong mga medikal na benepisyo, pangmatagalang pangangalaga o mga benepisyo sa mga serbisyo sa tahanan at komunidad bilang miyembro ng plano**

Ang Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa mga sumusunod na pahina ay nakalista ang mga serbisyong saklaw ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP). Nasa Kabanata 5 ang saklaw ng inireresetang gamot

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

ng Part D. Ang mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo ay sinasaklaw lamang kapag natugunan ang mga sumusunod na kinakailangan sa saklaw:

- Ang iyong mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medicaid ay dapat ibigay ayon sa mga alituntunin sa saklaw na itinatag ng Medicare at Medicaid.
- Ang mga serbisyo sa iyo (kabilang ang medikal na pangangalaga, mga serbisyo, mga suplay, kagamitan, at mga resetang gamot sa Part B) *ay dapat* medikal na kinakailangan. Ang medikal na kinakailangan ay nangangahulugan na ang mga serbisyo, supply o gamot ay kailangan para sa pag-iwas, pagsusuri, o paggamot sa medikal na kondisyon mo at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan.
- Para sa mga bagong nakatala, ang iyong MA coordinated care plan ay dapat magbigay ng hindi bababa sa 90 araw na panahon ng paglipat, kung saan ang bagong MA plan ay hindi maaaring humiling ng paunang awtorisasyon para sa anumang aktibong proseso ng paggamot, kahit na ang proseso ng paggamot ay para sa serbisyo na nagsimula sa isang provider na wala sa network.
- Natanggap mo ang iyong pangangalaga mula sa isang network provider. Sa karamihan ng kaso, ang pangangalaga na natanggap mo mula sa isang provider na wala sa network ay hindi sasakupin maliban kung ito ay emergency o agarang pangangalaga o maliban kung ang iyong plano o isang provider sa network ay nagbigay sa iyo ng referral. Nangangahulugan ito na kailangan mong bayaran nang buo ang provider para sa mga serbisyong inihatid.
- Mayroon kayong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) o pangkat ng pangangalaga na nagkakaloob at nangangasiwa ng inyong pangangalaga.
- Ang ilan sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo sa Medikal ay saklaw *lamang* kung ang iyong doktor o ibang network provider ay nakakakuha ng maagang pag-apruba (minsan ay tinatawag na paunang awtorisasyon) mula sa amin. Ang mga sakop na serbisyo na nangangailangan ng maagang pag-apruba ay minarkahan sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo na **naka-bold**.
- Kung ang iyong pinagsamang plan ng pangangalaga ay nagbibigay ng pahintulot para sa isang kahilingan ng paunang awtorisasyon para sa isang proseso ng paggamot, ang pahintulot ay dapat na may bisa hangga't medikal na makatwiran at kinakailangan upang maiwasan ang mga pagka-abala sa pangangalaga alinsunod sa mga naaangkop na pamantayan ng saklaw, iyong medikal na kasaysayan, at rekomendasyon ng gumagamot na provider.

Iba pang mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa aming saklaw:

- Sakop ka ng Medicare at Medicaid. Sinasakopng Medicare ang pangangalaga kalusugan at mga inireresetang gamot. Sinasakop ng Medicaid ang iyong hatian sa gastos para sa mga serbisyo ng Medicare, kabilang ang mga serbisyo ng ospital para sa inpatient at mga serbisyo ng ospital para sa outpatient. Sinasakop din ng Medicaid ang mga serbisyong hindi saklaw ng Medicare, tulad ng pangmatagalang pangangalaga, mga hindi resetang gamot, mga serbisyo sa tahanan at komunidad, o iba pang serbisyong Medicaid lamang.
- Tulad ng lahat ng plano sa kalusugan ng Medicare, sinasakop namin ang lahat ng saklaw ng Orihinal na Medicare. (Kung gusto mong malaman ang higit pa tungkol sa saklaw at mga gastos ng Original Medicare, tingnan ang iyong handbook ng *Medicare & You 2025*. Tingnan ito online sa www.medicare.gov o humingi ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.)
- Para sa lahat ng serbisyong pang-iwas na sinasakop nang walang bayad sa ilalim ng Orihinal na Medicare, sinasakop din namin ang serbisyo nang walang bayad sa iyo.
- Kung ang Medicare ay nagdaragdag ng saklaw para sa anumang bagong serbisyo sa panahon ng 2025, alinman sa Medicare o ang aming plan ang sasaklaw sa mga serbisyong iyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

- Dahil nakakakuha kayo ng tulong mula sa Medi-Cal, wala kayong babayaran para sa inyong mga sinasaklaw na serbisyo hangga't sinusunod ninyo ang mga panuntunan ng aming plano. Nangangahulugan ito na para sa mga sakop na serbisyo, hindi mo kailangang magbayad ng anumang hatian ng gastos (walang co-pay o mga deductible). Bilang miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), inuugnay namin ang mga sakop na serbisyo sa iyo ng Medicare at ang mga serbisyo sa iyo ng Medicaid dahil pareho silang sakop ng aming plano. Kasama sa impormasyon ng benepisyo sa ibaba ang mga serbisyong sakop ng Medicare at Medicaid.
- Kung ikaw ay nasa aming plano sa loob ng 6 na buwan na panahon na itinuring na patuloy na kuwalipikado, ipagpapatuloy naming ibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na sinasaklaw ng Medicare Advantage plan. Gayunpaman, sa panahong ito, hindi namin ipagpapatuloy na saklawin ang mga benepisyo ng Medicaid na kabilang sa naaangkop na Medicaid State Plan, at hindi rin namin babayaran ang mga premium sa Medicare o ang bahagi sa gastos na dapat sanang sagutin ng estado kung hindi mo nawala ang iyong pagiging kwalipikado sa Medicaid. Sa panahong ito, maaaring tumaas ang halaga na babayaran mo para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare.

Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo, hangga't natutugunan ninyo ang mga kinakailangan na inilarawan sa ibaba.

Mahalagang Impormasyon sa Benepisyo para sa mga Nagpatala na Kwalipikado para sa "Karagdagang Tulong" (Extra Help):

- Nakikilahok ang Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) sa Value Based Insurance Design (VBID) na Modelo. Nagbibigay-daan ang VBID na Modelo sa Medicare na sumubok ng mga bagong paraan upang mapabuti ang Medicare Advantage na mga plano. Bilang bahagi ng VBID na modelo, nag-aalok ang Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) ng pagtanggap sa bahagi sa gastos para sa Part D na mga gamot. Ang mga miyembrong makakatanggap ng "Karagdagang Tulong (Extra Help)" ay magkakaroon ng mas mababang bahaginan ng gastos (\$0) sa lahat ng Bahagi D na gamot sa lahat ng yugto ng saklaw. Maaari ka ring tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung mayroon kang mga tanong tungkol sa benepisyong ito o kung paano ito makakatulong sa iyo.

Mahalagang Impormasyon sa Benepisyo para sa Mga Miyembrong may Malalang Kondisyon

- Kung na-diagnose kayo na may sumusunod na (mga) malalang kondisyon na tinukoy sa ibaba at nakakatugon sa ilang pamantayan, maaari kayong maging kwalipikado para sa mga espesyal na pandagdag na benepisyo para sa malalang sakit.
 - Malalang pag-asa sa alkohol at iba pang droga;
 - Mga karamdaman sa autoimmune;
 - Kanser;
 - Mga karamdaman sa puso;
 - Malalang pagpalya ng puso;
 - Dementia;
 - Diabetes;
 - End-stage liver disease;
 - End-stage renal disease (ESRD);
 - Malubhang mga karamdaman sa hematologic;
 - HIV/AIDS;
 - Malubhang karamdaman sa бага;

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

- Malala at nakakapagpa-disable na mga kondisyon sa kalusugan ng isip;
- Mga neurologic na karamdaman; at
- Stroke

Tutulungan ka namin sa pag-access sa mga benepisyong ito. Maaari mong tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o ang iyong Tagapag-ugnay ng Pangangalaga para simulan ang kahilingan mo o makakuha ng karagdagang impormasyon.

Tandaan: Sa pamamagitan ng paghiling sa benepisyong ito, pinapahintulutan ninyo ang mga kinatawan ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) na makipag-ugnayan sa inyo sa pamamagitan ng telepono, mail, o anupamang mga paraan ng komunikasyon ayon sa hayagang nakasaad sa aplikasyon ninyo.

- Mangyaring pumunta sa *Espesyal na Mga Pandagdag Benepisyong para sa Hanay ng May Malalang Sakit* sa ibaba ng Chart ng Mga Medikal na Benepisyong para sa karagdagang detalye.
- Mangyaring makipag-ugnayan sa amin para malaman kung aling mga benepisyong maaaring kwalipikado para sa iyo.



Makikita ninyo ang mansanas na ito sa tabi ng mga serbisyong pang-iwas sa Chart ng mga Benepisyong.

Chart ng Mga Medikal na Benepisyong

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Screening ng abdominal aortic aneurysm* Isang beses na pagsusuri ng ultrasound para sa mga taong nasa panganib. Sinasaklaw lamang ng plano ang pagsusuri na ito kung mayroon kang ilang partikular na salik ng panganib at kung kukuha ka ng referral para dito mula sa iyong doktor, assistant ng doktor, nars na practitioner, o klinikal na espesyalistang nars.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa preventive screening na ito.
	Acupuncture para sa talamak na sakit sa likod Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: Hanggang 12 pagbisita sa loob ng 90 araw ay saklaw para sa mga benepisyaryo ng Medicare sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon: Para sa layunin ng benepisyong ito, ang talamak na sakit sa likod ay tinukoy bilang: • nagtatagal nang 12 linggo o mas matagal pa; • hindi tiyak, dahil wala itong makikilalang sistematikong sanhi (i.e., hindi nauugnay sa metastatic, nananakit, nakakahawang sakit, atbp.); • hindi nauugnay sa operasyon; at • hindi nauugnay sa pagbubuntis.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw na Mga Serbisyo sa Acupuncture ng Medicare.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Isang karagdagang walong session ang sasakupin para sa mga pasyenteng nagpapakita ng paggaling. Hindi hihigit sa 20 acupuncture na paggamot ang maaaring ibigay taun-taon. Dapat na ihinto ang paggamot kung ang pasyente ay hindi bumuti o bumabalik. Mga Kinakailangan ng Provider: Ang mga physician (tulad ng tinukoy sa 1861(r)(1) ng Social Security Act (ang Batas)) ay maaaring magbigay ng acupuncture alinsunod sa mga angkop na kinakailangan ng estado. Ang mga katulong ng doktor (PA), nurse practitioner (NP)/mga espesyalista sa klinikal na nars (CNSs) (tulad ng natukoy noong 1861(aa) (5) ng Act), at pantulong na tauhan ay maaaring magbigay ng acupuncture kung natutugunan nila ang lahat ng angkop na kinakailangan ng estado at mayroong: • isang masters o doctoral level degree sa acupuncture o Oriental Medicine mula sa isang paaralan na kinikilala ng Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); at, Acupuncture para sa malalang sakit sa likod (Pagpapatuloy) • isang kasalukuyan, buo, aktibo, at hindi pinaghihigpitang lisensya para magsanay ng acupuncture sa isang Estado, Teritoryo, o Commonwealth (ibig sabihin, Puerto Rico) ng United States, o District of Columbia. Ang mga karagdagang tauhan na nagsasagawa ng acupuncture ay dapat nasa ilalim ng angkop na antas ng pangangasiwa ng isang doktor, PA, o NP/CNS na kinakailangan ng aming mga regulasyon sa 42 CFR §§ 410.26 at 410.27	
	Mga Serbisyo sa Acupuncture (Pandagdag)* Bilang karagdagan, nag-aalok ang Senior Whole Health ng New York NHC ng 30 pang acupuncture na paggamot taun-taon. Sinasakop ang mga karagdagang serbisyo ng acupuncture kapag natukoy bilang medikal na tinatanggap na pamantayan ng pangangalaga para sa:	Walang coinsurance, copayment o deductible para sa mga serbisyong ito.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	◦ Sakit ng ulo; pananakit ng balakang o tuhod na nauugnay sa osteoarthritis (OA); o iba pang pananakit ng kasu-kasuan kapag talamak at hindi tumutugon sa karaniwang medikal na pangangalaga; mga sakit na sindrom na kinasasangkutan ng mga kasu-kasuan at mga kaugnay na malambot na tisyu; malambot na tisyu at buto sa leeg at sakit sa likod; pagduduwal na nauugnay sa chemotherapy; pagduduwal pagkatapos ng operasyon; at pagduduwal na nauugnay sa pagbubuntis ◦ Ang mga sakop na serbisyo ng acupuncture ay hindi kasama ang mga serbisyo para sa paggamot ng hika o adiksiyon (kabilang ang walang limitasyon, pagtigil sa paninigarilyo)	
	Mga serbisyo ng ambulansya Ang mga sakop na serbisyo ng ambulansya, para man sa isang emergency o hindi na sitwasyon, ay kinabibilangan ng fixed wing, rotary wing, at ground ambulance na serbisyo, sa pinakamalapit na angkop na pasilidad na makakapagbigay lamang ng pangangalaga kung ang mga ito ay ibinigay sa isang miyembro na may medikal na kondisyo na maaaring ilagay sa panganib ang kalusugan ng tao o kung pinahintulutan ng plano ang ibang paraan ng transportasyon. Kung ang mga sakop na serbisyo ng ambulansya ay hindi para sa isang sitwasyong pang-emergency, dapat itong idokumento na ang kondisyon ng miyembro ay maaaring ilagay sa panganib ang kalusugan ng tao at ang transportasyon sa pamamagitan ng ambulansya ay medikal na kinakailangan.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Kailangan lamang ang paunang awtorisasyon para sa transportasyon na pang-emerhensya. Kung kailangan ninyo ng pang-emerhensyang pangangalaga, i-dial ang 911 at humiling ng ambulansya.
	Taunang pagbisita ng kagalingan Kung mayroon kang Part B nang mas matagal pa kaysa sa 12 buwan, maaari kang makakuha ng taunang pagbisita sa kalusugan para bumuo o mag-update ng isinadyang plano sa pag-iwas batay sa iyong kasalukuyang mga kadahilanan sa kalusugan at panganib. Sinasakop ito isang beses bawat 12 buwan. Taunang pagbisita ng kagalingan* (Pagpapatuloy) Tandaan: Ang iyong unang taunang pagbisita ng malusog ay hindi maaaring maganap sa loob ng 12 buwan mula sa iyong Welcome sa Medicare na pagbisita. Gayunpaman, hindi mo kailangang magkaroon ng isang Welcome sa Medicare na pagbisita upang makakuha ng mga taunang pagbisita ng malusog pagkatapos mong magkaroon ng Bahagi B para sa 12 buwan.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang wellness visit.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Pagsukat ng masa ng buto Para sa mga kwalipikadong indibidwal (karaniwan, nangangahulugan ito ng mga taong nasa panganib na mawalan ng bone mass o nasa panganib ng osteoporosis), ang mga sumusunod na serbisyo ay sinasakop tuwing 24 na buwan o mas madalas kung medikal na kinakailangan: mga pamamaraan para matukoy ang bone mass, matukoy ang kawalan ng buto, o matukoy ang kalidad ng buto, kabilang ang interpretasyon ng isang doktor sa mga resulta.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw na pagsukat sa bone mass ng Medicare.
	Pagsusuri sa kanser sa suso (mga mammogram) Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: • Isang baseline mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39 • Isang pagsusuri na mammogram bawat 12 buwan para sa mga kababaihang nasa edad 40 at mas matanda • Mga klinikal na pagsusuri sa suso isang beses bawat 24 na buwan Ang isang screening mammography ay ginagamit para sa maagang pagtuklas ng kanser sa suso. Kapag naitatag na ang isang kasaysayan ng kanser sa suso, at hanggang sa wala nang anumang palatandaan o sintomas ng kanser sa suso, ang mga patuloy na mammogram ay ituturing na diagnostic at sinasakop sa ilalim ng "Mga pagsusuri sa diagnostic ng outpatient at mga serbisyo at supply ng therapeutic" sa chart na ito. Ang taunang benepisyong screening mammography ay hindi available para sa mga miyembrong may mga palatandaan o sintomas ng kanser sa suso.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga saklaw na screening ng mammogram.
	Mga serbisyo na rehabilitasyon ng cardiac (puso) Ang mga komprehensibong programa ng mga serbisyo sa rehabilitasyon ng puso na kinabibilangan ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo ay sakop para sa mga miyembrong nakatutugon sa ilang partikular na kundisyon sa utos ng doktor. Sinasakop din ng plano ang programa ng masinsinang rehabilitasyon ng puso (intensive cardiac rehabilitation) na karaniwang mas mahigpit o mas matindi kaysa sa programa para sa rehabilitasyon ng puso.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
	Pagbisita para sa pagbawas ng panganib sa sakit na cardiovascular (puso) (therapy para sa sakit sa puso) Sinaskaop namin ang isang pagbisita bawat taon sa iyong doktor sa pangunahing pangangalaga para makatulong na mapababa ang panganib sa iyo para sa cardiovascular disease. Sa pagbisitang ito, puwedeng talakayin ng doktor mo ang paggamit ng aspirin (kung angkop), suriin ang	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa intensive behavioral therapy na benepisyong pang-iwas sa sakit sa puso.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	presyon ng iyong dugo, at bigyan ka ng mga tip upang matiyak na kumakain ka ng malusog.	
	Pagsusuri para sa sakit sa puso Mga pagsusuri sa dugo para sa pagtuklas ng cardiovascular disease (o mga abnormalidad na nauugnay sa isang mataas na panganib ng cardiovascular disease) isang beses bawat 5 taon (60 buwan).	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagsusuri sa sakit sa puso na sinasaklaw minsan bawat 5 taon.
	Screening para sa cancer sa cervix at puwerta Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: • Para sa lahat ng kababaihan: Mga pap test at pelvic exam minsan bawat 24 buwan • Kung ikaw ay nasa mataas na panganib ng cervical o vaginal cancer o ikaw ay nasa edad na ng panganganak at nagkaroon ng abnormal na Pap test sa loob ng nakaraang 3 taon: isang Pap test bawat 12 buwan	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare na preventive Pap sa mga pagsusuri sa balakang.
	Mga serbisyo sa Chiropractic (saklaw ng Medicare) Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: • Manwal na pagmamaniipula ng gulugod (spine) upang itama ang subluxation	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Screening para sa kanser sa colorectal* Ang mga sumusunod na screening na pagsusuri ay sakop: • Ang colonoscopy ay walang minimum o maximum na limitasyon sa edad at sinasaklaw minsan bawat 120 buwan (10 taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng nakaraang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng walang mataas na panganib para sa colorectal na kanser, at isang beses bawat 24 buwan para sa mga mataas ang panganib na pasyente pagkatapos ng nakaraang pag-screen na colonoscopy o barium enema. • Flexible na sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda. Minsan sa bawat 120 buwan para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib pagkatapos makatanggap ng pag-screen na colonoscopy ang pasyente. Minsan sa bawat 48 buwan para sa mga mataas ang panganib na pasyente mula sa nakalipas na flexible na sigmoidoscopy o barium enema. • Pagsusuri para sa fecal-occult pagsubok sa dugo para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda. Minsan sa bawat 12 buwan. • Multitarget na stool DNA para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa mataas ang panganib. Minsan sa bawat 3 taon. • Nakabatay sa Dugo na mga Pagsusuri ng Biomarker para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa mataas ang panganib. Minsan sa bawat 3 taon. • Barium Enema bilang alternatibo sa colonoscopy para sa mga pasyenteng may mataas na panganib at 24 na buwan mula noong huling pag-screen ng barium enema o ang huling pag-screen ng colonoscopy. • Barium Enema bilang isang alternatibo sa flexible na sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib at 45 taong gulang o mas matanda. Isang beses nang hindi bababa sa 48 buwan kasunod ng huling pag-screen ng barium enema o pag-screen ng flexible na sigmoidoscopy. Kasama sa mga pagsusuri sa screening ng colorectal cancer ang isang follow-on na screening colonoscopy pagkatapos na magbalik ng positibong resulta ang isang non-invasive na nakabatay sa dumi na pagsusuri sa colorectal cancer screening na sakop ng Medicare.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagsusuri sa kanser sa colorectal na saklaw ng Medicare, maliban sa barium enema, kung saan magagamit ang coinsurance. Kung makakita at mag-aalis ng polyp o ibang tissue ang iyong doktor sa panahon ng colonoscopy o flexible sigmoidoscopy, ang pagsusuri ay magiging pagsusuri sa diagnosis.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Mga Serbisyo sa Ngipin Sa pangkalahatan, hindi saklaw ng Original Medicare ang mga serbisyong pang-iwas na dental (gaya ng paglilinis, regular na mga eksaminasyon sa dental, at x-ray ng dental). Gayunpaman, ang Medicare ay kasalukuyang nagbabayad para sa mga serbisyo sa dental sa limitadong bilang ng mga pangyayari, lalo na kapag ang serbisyong iyon ay mahalagang bahagi ng espesipikong paggamot sa pangunahing medikal na kondisyon ng isang benepisyaryo. Kabilang sa ilang mga halimbawa ang rekonstruksyon ng panga kasunod ng pagkabali o pinsala, mga pagbunot ng ngipin na ginawa bilang paghahanda para sa paggamot ng radiation para sa kanser na kinasasangkutan ng panga, o mga eksaminasyon sa bibig bago ang transplantasyon ng bato.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa mga serbisyong ito Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon para sa komprehensibong dental.
	Mga serbisyo sa dental (Karagdagan) Nagtatag kami ng pakikipagtulungan sa isang vendor upang magbigay ng comprehensive dental coverage na umaayon sa mga serbisyong inaalok ng New York State Medicaid. Saklaw ang mga serbisyo kapag natanggap mula sa isang kasaping provider sa pamamagitan ng aming network ng mga vendor. Kasama sa iyong mga benepisyo sa dental ang Diagnostic, Pang-iwas, Mga Serbisyong Pang-restore, Endodontics, Periodontics, Prosthodontics (natatanggal), Prosthodontics (nakaayos), Maxillofacial Prosthetics, Mga Serbisyong Implant, Oral and Maxillofacial Surgery, at Adjunctive General Services. Para sa kumpletong listahan ng mga serbisyo, mangyaring bisitahin ang www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm at piliin ang Updated Fee Schedule. Ang mga code na nakalista sa link ng schedule ng benepisyo sa itaas ay maaaring i-update ng American Dental Association (ADA) sa buong taon. Kung mayroon kang tanong tungkol sa code ng dental ADA, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Matatagpuan ang kanilang numero ng telepono sa likod ng iyong ID card ng miyembro ng plan. Ang ilang mga serbisyo sa dental ay maaaring mangailangan ng paunang awtorisasyon at dapat ay medikal na kinakailangan. Ang iyong provider ang mag-aasikaso para sa iyo ng anumang mga awtorisasyon na kinakailangan ng plan. Tandaan: Ang nabanggit na saklaw ay para sa Medicare Supplemental Dental Benefit. Ang iyong New York Medicaid Dental Benefit ay pinamamahalaan din ng iyong Senior Whole Health of New York NHC	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Pwedeng maging responsable kayo sa mga gastos kung hindi saklaw ang isang serbisyo o kung lumampas kayo sa maximum na allowance ninyo. Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod. Available lang ang mga serbisyo kapag ibinigay ng mga nakakontratang nasa network na dentista. Kung nakatanggap ka ng pangangalaga mula sa isang wala sa network na provider ng pangangalaga sa ngipin dapat kang magbayad para sa iyong sariling pangangalaga.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	(HMO D-SNP). Mangyaring makipag-ugnayan sa Plan para sa anumang katanungan sa benepisyong ng Medicaid na ito.	
	Pag-screen ng depresyon* Sinasaklaw namin ang isang screening para sa depresyon bawat taon. Kailangang gawin ang pag-screen sa isang setting ng pangunahing pangangalaga na pwedeng magbigay ng pag-follow up na paggamot at mga referral.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang pagbisita sa pagsusuri sa depresyon.
	Pag-screen ng diabetes* Sinasaklaw namin ang screening na ito (kabilang ang mga pagsusuri sa glucose sa pag-fasting) kung mayroon kang alinman sa mga sumusunod na kadahilanan ng panganib: mataas na presyon ng dugo (hypertension), kasaysayan ng abnormal na antas ng kolesterol at triglyceride (dyslipidemia), labis na katabaan, o kasaysayan ng mataas na blood sugar (glucose). Maaari ding sakupin ang mga pagsusuri kung natutugunan mo ang iba pang kinakailangan, tulad ng pagiging sobra sa timbang at pagkakaroon ng kasaysayan ng pamilya sa diabetes. Maaaring karapat-dapat ka para sa hanggang dalawang screening ng diabetes tuwing 12 na buwan kasunod ng petsa ng iyong pinakahuling screening para sa diabetes.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga pagsusuri sa diabetes na saklaw ng Medicare.
	Pagsasanay sa sariling pamamahala, mga serbisyo at mga supply ng diabetes* Para sa lahat ng taong may diabetes (gumagamit at hindi gumagamit ng insulin). Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: • Mga supply para masubaybayan ang iyong glucose sa dugo: Monitor ng glucose ng dugo, mga test strip sa pagsusuri ng glucose sa dugo, lancet device at lancets, at solusyon sa pagkontrol ng glucose para sa pagsusuri sa katumpakan ng mga test strip at monitor. ◦ Mga monitor ng glucose (sugar) sa dugo ◦ Sakop kapag inireseta ng iyong doktor na gamitin sa iyong tahanan. ◦ Ang piniling brand ng monitor sa glucose ng dugo ay hindi nangangailangan ng paunang awtorisasyon. ◦ Mga test strip ng pagsusuri ng glucose (sugar) sa dugo ◦ Ang piniling brand ng mga test strip sa glucose ng dugo ay hindi nangangailangan ng paunang awtorisasyon. ◦ Puwedeng limitado sa isang 30-araw na supply bawat punan.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Sinasaklaw ang mga supply kapag mayroon kayong reseta at punan ito sa isang retail na parmasya sa network o sa pamamagitan ng Mail Service Pharmacy program. Tingnan ang "Pangangalaga sa paningin" sa chart na ito para sa mga serbisyo ng doktor kung kailangan ninyo ng pagsusuri sa mata para sa diabetic retinopathy o isang screening ng glaucoma.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	◦ Insulin ◦ Hindi sakop sa ilalim ng Medicare Part B. Puwedeng sakupin sa ilalim ng Medicare Part D. ◦ Kapag gumagamit ka ng panlabas na insulin pump, ang insulin at ang pump ay puwedeng saklawin bilang matibay na kagamitang medikal (DME). Gayunpaman, posibleng hindi magbigay ng insulin ang mga supplier ng insulin pump. ◦ Mga lancet device at mga lanseta ◦ Mga solusyon sa pagkontrol ng glucose para sa pagsusuri sa katumpakan ng mga test strip at monitor. • Para sa mga taong may diabetes na may malubhang sakit sa paa na may diabetes: Isang pares sa bawat taon ng kalendaryo ng mga panterapeutika na custom-molded na sapatos (kabilang ang mga isinisingit (inserts) na ibinigay kasama ng mga naturang sapatos) at dalawang karagdagang pares ng insert, o isang pares ng malalim na sapatos at tatlong pares ng insert (hindi kasama ang mga hindi pinasadyang naaalisan na insert na ibinigay kasama ng naturang sapatos). Kasama sa saklaw ang pagkakabit. • Ang pagsasanay sasariling pamamahala sa diabetes ay saklaw sa ilalim ng ilang mga kundisyon.	Tingnan ang "Mga serbisyo ng Podiatry" sa chart na ito kung kayo ay may diabetes at kailangan ninyong magpatingin sa doktor para sa pagsusuri sa paa. Tingnan ang "Medical nutrition therapy" sa chart na ito kung kayo ay diabetic at nangangailangan ng mga serbisyo sa medikal na nutrisyon therapy (MNT). Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon para sa mga supply para sa diabetes, sapatos para sa diabetes, at mga insert. Ang paunang awtorisasyon ay hindi kinakailangan para sa gustong manufacturer. Hindi kinakailangan ang paunang awtorisasyon para sa pagsasanay sa pagkontrol sa sariling diabetes na saklaw ng Medicare.
	Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME) at mga nauugnay na supply (Para sa kahulugan ng matibay na kagamitang medikal, tingnan ang Kabanata 12 gayundin ang Kabanata 3, Seksyon 7 ng dokumentong ito.) Durable medical equipment (DME) at mga nauugnay na mga supply* (Pagpapatuloy) Kasama sa mga item na ito ang mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply para sa diabetes, kama sa ospital na ibinibilin ng tagapagkaloob na gamitin sa bahay, IV infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at supply, nebulizer, at walker.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon. Ang paunang awtorisasyon ay hindi kinakailangan para sa gustong manufacturer.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Sinasaklaw namin ang lahat ng kinakailangang medikal na DME na sakop ng Original na Medicare. Kung hindi dinadala ng taga-supply namin sa lugar niyo ang isang partikular na tatak o tagagawa, puwede ninyong tanungin sila kung pwede nilang espesyal na i-order para sa inyo. Ang pinakabagong listahan ng mga supplier ay makikita sa aming website sa SWHNY.com. Sa pangkalahatan, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) saklaw ng anumang DME na sinaklaw ng Original Medicare mula sa mga brand at tagagawa sa listahang ito. Hindi namin sasaklawin ang ibang mga brand at tagagawa maliban kung sinabi ng iyong doktor o ibang provider na ang brand ay naaangkop para sa iyong medikal na pangangailangan. Gayunpaman, kung bago ka sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) at gumagamit ng brand ng DME na wala sa aming listahan, ipagpapatuloy naming saklawin ang brand na ito para sa iyo nang hanggang 90 na mga araw. Sa panahong ito, dapat kang makipag-usap sa iyong doktor upang magdesisyon kung anong brand ang medikal na naaangkop para sa iyo pagkatapos ng 90 na araw. (Kung hindi ka sang-ayon sa iyong doktor, maaari mong hilingin sa kanya na isangguni ka para sa pangalawang opinyon.) Kung ikaw (o ang iyong provider) ay hindi sang-ayon sa desisyon na saklaw ng plan, ikaw o ang iyong provider ay maaaring maghain ng apela. Maaari ka ring maghain ng apela kung hindi ka sang-ayon sa desisyon ng iyong provider tungkol sa produkto o brand na naaangkop sa iyong medikal na kondisyon. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga apela, tingnan ang Kabanata 8 (<i>Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo).</i>)	
	Pang-emergency na pangangalaga Nangangahulugan ang pang-emergency na pangangalaga ng mga serbisyo na: • Inihahatid ng tagapagkaloob na nagsanay para maghatid ng mga pang-emergency na serbisyo, at • Kailangang suriin o patatagin ang isang emergency na medikal na kondisyon. Ang medikal na emergency ay kapag ikaw, o sinumang iba pang maingat na tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kang mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon para maiwasan ang panganib sa buhay (at, kung ikaw ay isang buntis, nawalan ng isang hindi pa isinisilang na	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Kung ikaw ay naka-admit sa isang ospital, magbabayad ka ng bahagi sa gastos gaya ng inilarawan sa “Pangangalaga ng ospital sa inpatient” sa chart na ito. Ang inyong hatian ng gastos ay pareho para sa network o wala sa network na mga

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	sanggol), pagkawala ng isang paa, o kawalan ng paggana ng isang paa. Ang mga medikal na sintomas ay maaaring isang sakit, pinsala, matinding pananakit, o isang kondisyong medikal na mabilis na lumalala. Pangangalagang Pang-emerhesiya (Pagpapatuloy) Ang hatian ng gastos para sa mga kinakailangang serbisyong pang-emergency na ibinigay sa labas ng network ay kapareho ng para sa mga naturang serbisyong ibinigay sa network. Ang pangangalagang pang-emergency sa labas ng United States (U.S.) ay puwedeng saklawin sa ilalim ng pandaigdigang benepisyong pagsakop sa emergency. Bilang karagdagang benepisyong, nag-aalok kami ng hanggang \$10,000 ng pandaigdigang saklaw na emerhensiya bawat taon ng kalendaryo para sa emerhensiyang transportasyon, agarang pangangalaga, pang-emerhensiyang pangangalaga, at pangangalaga pagkatapos ng pagpapagaling. Tingnan ang “Pagsaklaw ng emerhensiya/ agaran sa buong mundo” sa chart na ito upang matuto nang higit pa.	serbisyo ng agarang pangangalaga. Kung nakatanggap kayo ng pang-emerhesiya na pangangalaga sa labas ng hospital na wala sa network at nangangailangan ng pangangalaga para sa inpatient pagkatapos na mapabuti ang inyong pang-emerhesiya na kondisyon, dapat kayong bumalik sa isang ospital na nasa network upang patuloy na masaklaw ang inyong pangangalaga. O dapat na mayroon kayong pangangalaga ng inpatient sa ospital na wala sa network na awtorisado ng plano at ang inyong gastos ay ang pinakamataas na bahagi sa gastos na babayaran mo sa isang ospital na nasa network.
	Benepisyong sa Kalusugan (Pandagdag)* Magkakaroon kayo ng membership sa fitness center sa mga kasaling fitness center. Kung hindi kayo makabisita sa isang fitness center o mas gusto rin ninyong mag-ehersisyo mula sa bahay, maaari kayong pumili ng Home Fitness kit. Tutulungan kayo ng kit na manatiling aktibo sa ginhawa ng inyong tahanan. Ang mga opsyon para sa Kalusugan sa Bahay ay kinabibilangan ng pagpili ng fitness tracker, strength kit o yoga kit. Kung pipiliin ninyong mag-ehersisyo sa isang fitness center, maaari ninyong tingnan ang website at maaari kayong pumili ng kalahok na lokasyon, o maaari kayong direktang pumunta sa isang kalahok na fitness center upang makapagsimula. Ang mga kalahok na pasilidad at fitness chain ay maaaring mag-iba ayon sa lokasyon at maaaring magbago. Puwedeng mabago ang mga kit.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Palaging makipag-usap sa inyong doktor bago simulan o baguhin ang inyong gawain sa pag-ehersisyo.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Mga programa sa edukasyon sa kalusugan at kagalingan Mga Programa sa Pamamahala ng Kalusugan Mayroon kaming mga programang available upang matulungan kang pamahalaan ang isang tukoy na kondisyong pangkalusugan. Kabilang sa mga programa ang: • Pamamahala ng hika. • Pamamahala ng depresyon. • Pamamahala ng diabetes. • Pamamahala ng mataas na presyon ng dugo. • Pamamahala ng Cardiovascular Disease (CVD). • Pamamahala ng Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Mga programa sa edukasyon sa kalusugan at kagalingan*(Pagpapatuloy) • Programa ng pagbubuntis. Available ang mga materyales sa pag-aaral at mga tip sa pangangalaga. Matutulungan ka rin naming makipagtulungan sa iyong provider. Pagpapatala sa Mga Programa sa Pamamahala ng Kalusugan: • Awtomatiko kang nakatala sa (mga) programa na pinakamahusay na nakakatugon sa mga pangangailangan mo batay sa data ng mga claim sa medikal o parmasya. • Maaari ka ring magpatala sa pamamagitan ng provider mo o self-refer. Mayroong ilang kinakailangan na dapat mong matugunan upang makapagpatala. Pag-alis ng Pagpapatala sa Mga Programa sa Pamamahala ng Kalusugan: • Ang mga programang ito ay boluntaryo, at maaari mong piliing umalis sa isang programa anumang oras. Maaari kang matuto nang higit pa o magpatala sa alinman sa mga programa sa itaas sa pamamagitan ng pagtawag sa aming Departamento ng Pamamahala ng Kalusugan sa (866) 891-2320 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (Eastern Standard Time).	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Mga Programa sa Pagsulong ng Kalusugan Ang iba pang programa na idinisenyo para pagyamanin ang kalusugan at pamumuhay mo ay available din, tulad ng: • Isang programa sa pagtigil sa paninigarilyo. • Isang programa sa pagkontrol ng timbang. Para sa impormasyon at/o materyales para sa pagtigil sa paninigarilyo o pagkontrol ng timbang, tumawag sa (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (Eastern Standard Time). Linya ng Tawag para sa Payo ng Nars Kung mayroon kang agarang alalahanin sa kalusugan, mga tanong tungkol sa isang medikal na kondisyon, o gusto ng pangkalahatang impormasyon tungkol sa mga available na mapagkukunang pangkalusugan, ang linya ng payo ng nars ay available 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Tutulungan ka ng isang rehistradong nars na matukoy kung maaari mong pamahalaan ang pangangalaga sa iyo sa bahay o kailangan ang atensyon ng isang medikal na propesyonal. Tumawag anumang oras, araw o gabi, para makipag-usap sa isang rehistradong nars tungkol sa mga sakit o pinsala. • Walang referral o paunang awtorisasyon ang kailangan Ang serbisyong ito ay hindi inilaan para sa mga emergency. Sa kaso ng isang emergency, i-dial kaagad ang 911.	
	Healthy You Card Ang card ng Healthy You ng plan ay maaaring gamitin upang magbayad para sa mga piling benepisyong karagdagang plan gaya ng: • Nabibili nang walang reseta (Over-the-counter, OTC) • Pagkain at Produkto* • Transportasyon Hindi credit card ang na-preload na debit card. Hindi ninyo maaaring i-convert ang card sa cash o ipahiram ito sa ibang tao. Ang mga kosmetikong pamamaraan ay hindi saklaw sa ilalim ng benefit card na ito. Inilalagay ang mga pondo sa card sa buwanang basehan. Sa katapusan ng bawat buwan, ang anumang hindi nagamit na nakalaang pera ay hindi maililipat sa susunod na buwan o sa susunod na taon ng plan. Kung aalis ka sa plan, anumang hindi nagamit na inilalaang pondo ay babalik sa plan sa petsa ng iyong epektibong pagkakatanggal sa pagkakatala.	Walang coinsurance, copayment o deductible para sa iyong Healthy You Card.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Para sa higit pang impormasyon kung paano maging kwalipikado para sa , Special Supplemental Benefits for Chronic Illnesses, benepisyo ng Pagkain at Produkto, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Upang ma-access ang mga allowance para sa SSBCI, ang mga miyembro ay dapat magkaroon ng: isang kwalipikadong malalang kondisyon; isang wastong HRA na natapos para sa kanilang kasalukuyang pagpapatala sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP); at magbigay ng pag-apruba ng doktor kasabay ng Pamamahala ng Kaso ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Sumangguni sa "Mga Espesyal na Suplementong Benepisyo para sa Malala ang Sakit" sa chart na ito para sa higit pang impormasyon.	
	Mga serbisyo sa pandinig Ang mga pagsusuri sa diagnostic na pagdinig at balanse na ginawa ng iyong provider para matukoy kung kailangan mo ng medikal na paggamot ay saklaw bilang pangangalaga sa outpatient kapag ibinigay ng isang doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong provider. Ang mga pagsusuri sa diagnostic na pagdinig at balanse na sakop ng Medicare ay tumutulong na matukoy kung kailangan mo o hindi ng medikal na paggamot. Ang pagsusuri ay batay lamang sa isang medikal na pangangailangan, tulad ng pagkawala ng pandinig dahil sa karamdaman, sakit, pinsala, o operasyon. Sinasaklaw namin ang sumusunod sa ilalim ng benepisyo mo sa Medicaid kapag medikal na kinakailangan upang maibsan ang kapansanan na dulot ng pagkawala o kapansanan sa pandinig: ◦ Pagpili ng tulong pandinig, pagkabit at pamamahagi ◦ Pagsusuri ng tulong pandinig, pagsusuri ng pag-alinsunod at pag-aayos ◦ Mga produktong tulong pandinig tulad ng mga hulma sa tainga, mga espesyal na pagkabit at mga kapalit na bahagi. Mga serbisyo sa pandinig (Pagpapatuloy) Mga serbisyo ng audiology, kabilang ang mga eksaminasyon at pagsusuri, mga pagsusuri sa tulong pandinig at mga reseta.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
	Pag-screen ng HIV Para sa mga taong humihingi ng pagsusuri sa HIV o mas mataas ang panganib para sa impeksyon ng HIV, sinasaklaw namin ang:	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	- Isang pagsusuri sa screening tuwing 12 buwan Para sa mga buntis na babae, saklaw namin ang: - Hanggang tatlong screening na pagususuri sa panahon ng pagbubuntis	kwalipikado para sa screening ng preventive HIV na saklaw ng Medicare.
	Pangangalaga ng ahensya ng kalusugan sa tahanan Bago tumanggap ng mga serbisyong pangkalusugan sa tahanan, dapat na patunayan ng isang doktor na kailangan mo ng mga serbisyong pangkalusugan sa tahanan at mag-uutos ng mga serbisyong pangkalusugan sa tahanan na ibigay ng isang ahensya ng kalusugan sa tahanan. Dapat hindi na kayo makalabas ng bahay, na nangangahulugang napakahirap ang pag-alis ng bahay. Kabilang sa mga sakop na serbisyo, ngunit hindi limitado sa: - Mga serbisyo ng part-time o paminsan-minsan na dalubhasang narsing at katulong sa kalusugan sa tahanan (Na sasaklawin sa ilalim ng benepisyo sa pangangala ng kalusugan sa bahay, dapat wala pang 8 oras bawat araw at 35 oras bawat linggo ang pinagsama-samang mga serbisyo ng sinanay na pag-aalaga at katulong sa kalusugan sa bahay) - Babayaran namin ang physical therapy, occupational therapy, at speech therapy - Mga serbisyong medikal at panlipunan - Kagamitang medikal at mga supply	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
	Infusion therapy sa tahanan Ang home infusion therapy ay kinabibilangan ng intravenous o subcutaneous na pangangasiwa ng mga gamot o mga biyolohikal sa isang indibidwal sa bahay. Ang mga sangkap na kailangan para magsagawa ng home infusion ay kinabibilangan ng gamot (halimbawa, mga antiviral, immune globulin), kagamitan (halimbawa, pump), at mga supply (halimbawa, tubing at mga catheter). Kabilang sa mga sakop na serbisyo, ngunit hindi limitado sa: - Mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo ng pag-aalaga, na ibinigay alinsunod sa plano ng pangangalaga - Pagsasanay at edukasyon ng pasyente na hindi sakop sa ilalim ng benepisyo ng matibay na kagamitang medikal - Malayuang pagsubaybay	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Infusion therapy sa tahanan(Pagpapatuloy) Mga serbisyo sa pagsubaybay para sa pagbibigay ng therapy ng infusion sa bahay at infusion ng mga gamot sa bahay na ibinigay ng isang kwalipikadong suplayer ng therapy ng infusion sa bahay	
	Pangangalagang hospisyo Kwalipikado ka para sa benepisyong hospisyong kapag ang doktor mo at ang direktor ng medikal ng hospisyong ay nagbigay sa iyo ng pagtataya ng nakamamatay na sakit na nagpapatunay na ikaw ay may hindi na magagamot na sakit at may 6 na buwan o mas mababa pa para mabuhay kung ang iyong sakit ay tumatakbo sa normal na kurso nito. Maaari kang makatanggap ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyong na sertipikado ng Medicare. Obligado ang iyong plano na tulungan kang makahanap ng mga programang hospisyong na sertipikado ng Medicare sa lugar ng serbisyo ng plano, kabilang ang mga pagmamay-ari, kinokontrol, o may pinansiyal na interes ng organisasyon ng MA. Ang iyong doktor sa hospisyong ay maaaring isang provider sa network o isang wala sa network na provider. Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: - Mga gamot para sa pagkontrol ng sintomas at pag-alis ng pananakit - Panandaliang pangangalaga sa pamamahinga - Pangangalaga sa bahay <u>Para sa mga serbisyo sa hospisyong at serbisyong sinasaklaw ng Medicare Bahagi A o B na nauugnay sa inyong nakamamatay na karamdaman:</u> Babayaran ng Orihinal na Medicare (sa halip na aming plano) ang provider ng hospisyong sa iyo para sa mga serbisyong hospisyong sa iyo na nauugnay sa iyong nakamamatay na sakit (prognosis). Habang ikaw ay nasa programa ng hospisyong, sisingilin ng iyong provider ng hospisyong ang Orihinal na Medicare para sa mga serbisyong binabayaran ng Orihinal na Medicare. Sisingilin ka sa hatian ng gastos sa Orihinal na Medicare. <u>Para sa mga serbisyo sa hospisyong at serbisyong sinasaklaw ng Medicare Bahagi A o B na nauugnay sa inyong nakamamatay na sakit:</u> Kung kailangan mo ng mga serbisyong hindi pang-emergency, hindi agarang kailangan na saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o B at hindi nauugnay sa iyong nakamamatay na sakit, ang iyong gastos para sa mga serbisyong ito ay depende sa kung gumagamit ka ng provider sa network ng aming plano at sumusunod sa plano mga panuntunan (tulad ng kung mayroong kinakailangan para makakuha ng paunang awtorisasyon).	Kapag nagpatala ka sa isang programa ng hospice na sertipikado ng Medicare, ang iyong mga serbisyo sa hospice at ang iyong mga serbisyo sa Part A at Part B na may kaugnayan sa iyong walang lunas na kondisyon ay babayaran ng Original Medicare, hindi Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyong (isang beses lamang) para sa isang taong may malubhang karamdaman na hindi pinili ang benepisyong hospisyong. Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa benepisyong ito.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	- Kung kukuha ka ng mga saklaw na serbisyo mula sa isang provider ng network at sumunod sa mga tuntunin ng plano para sa pagkuha ng serbisyo, babayaran mo lamang ang halaga ng hatian sa gastos ng plano para sa mga serbisyong nasa network - Kung kukuha ka ng mga saklaw na serbisyo mula sa isang provider na wala sa network, babayaran mo ang hatian sa gastos sa ilalim ng Fee-for-Service Medicare (Orihinal na Medicare) Pangangalaga sa hospice* (Pagpapatuloy) <u>Para sa mga serbisyong saklaw ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ngunit hindi saklaw ng Medicare Part A o B: Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay patuloy na sasaklawin ang mga serbisyong saklaw ng plan na hindi saklaw sa ilalim ng Part A o B may kaugnayan man o hindi ang mga ito sa iyong walang lunas na sakit. Babayaran mo ang halaga ng hatian sa gastos ng iyong plano para sa mga serbisyong ito.</u> <u>Para sa mga gamot na maaaring saklawin ng benepisyo ng Medicare Bahagi D ng aming plano:</u> Kung ang mga gamot na ito ay walang kaugnayan sa kondisyon ng iyong terminal na hospisyo, binabayaran mo ang hatian sa gastos. Kung nauugnay ang mga ito sa kondisyon ng iyong terminal na hospisyo, babayaran mo ang hatian sa gastos sa Orihinal na Medicare. Hindi kailanman saklaw ng parehong hospisyo at ng aming plano nang sabay ang mga gamot. Para sa karagdagang impormasyon, pakitingnan ang Kabanata 5, Seksyon 9.4 (<i>Paano kung ikaw ay nasa sertipikado ng Medicare na hospisyo</i>). Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi hospisyo (pangangalaga na walang kaugnayan sa iyong nakamamatay na sakit), dapat kang makipag-ugnayan sa amin upang ayusin ang mga serbisyo. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyo (isang beses lamang) para sa isang taong may malubhang karamdaman na hindi pinili ang benepisyo ng hospisyo.	
	Mga pagbabakuna* Kasama sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part B ang: - Mga bakuna sa pulmonya - Mga bakuna sa trangkaso, isang beses sa bawat kapanahunan ng trangkaso sa taglagas at taglamig, na may karagdagang mga bakuna sa trangkaso kung medikal na kinakailangan	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga bakuna sa pulmonya, trangkaso/ influenza, Hepatitis B, at COVID-19.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	• Mga bakuna sa hepatitis B kung ikaw ay nasa mataas o katamtamang panganib na makapitan ng hepatitis B • Mga bakuna sa COVID-19 • Iba pang mga bakuna kung nasa panganib kayo at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part B Saklaw din namin ang karamihan sa ibang bakuna para sa mga adulto sa ilalim ng aming benepisyo sa resetang gamot ng Part D. Sumangguni sa Kabanata 6, Seksyon 8 para sa karagdagang impormasyon.	
	Pangangalaga ng ospital sa Inpatient Kasama ang talamak na inpatient, rehabilitasyon ng inpatient, pangmatagalang pangangalaga na mga ospital at iba pang uri ng mga serbisyo ng ospital para sa inpatient. Ang pangangalaga ng ospital sa inpatient ay magsisimula sa araw na pormal kang inpatient na may utos ng doktor. Ang araw bago ka mailabas ay ang iyong huling araw ng pagiging inpatient. Kabilang sa mga sakop na serbisyo ngunit hindi limitado sa: • Bahagyang-pribadong kuwarto (o pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan ito) • Mga pagkain kabilang ang mga espesyal na diyeta • Regular na serbisyo ng pag-aalaga • Mga gastos ng mga espesyal na yunit ng pangangalaga, (tulad ng masinsinang pangangalaga o yunit ng pangangalaga ng coronary) • Mga gamot at paggagamot • Mga pagsusuri sa lab • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology • Kinakailangang mga supply ng surgical at medikal • Paggamit ng mga appliances, tulad ng mga wheelchair • Mga serbisyo sa silid ng operasyon at pagpapagaling • Therapy sa pisikal, occupational, at pagsasalita • Serbisyo para sa pagkagumon sa substansya ng Inpatient	Magbabayad ka ng \$0 para sa mga araw na 1-90 ng pamamalagi sa ospital bawat panahon ng benepisyo. Sinasaklaw ng aming plano ang 60 “panghabambuhay na araw ng reserba.” Ito ay mga "dagdag" na araw na sinasaklaw namin. Kung ang pananatili mo sa ospital ay mas lumampas sa 90 araw sa bawat panahon ng benepisyo, maaari mong gamitin ang dagdag na 60 araw na ito, ang saklaw ng iyong ospital sa inpatient ay limitado sa 90 araw bawat panahon ng benepisyo. Maaaring saklawin ang mga karagdagang serbisyo alinsunod sa mga benepisyo mo at alituntunin ng Medicaid. Kung kukuha ka ng awtorisadong pangangalaga

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Pangangalaga ng ospital sa Inpatient (Pagpapatuloy) - Sa ilang mga kaso, ang mga sumusunod na uri ng transplant: corneal, bato, bato/lapay, puso, atay, baga, puso/baga, utak ng buto, stem cell, at bituka/multivisceral. Kung kailangan mo ng transplant, aayusin naming suriin ang iyong kaso sa isang transplant center na inaprubahan ng Medicare na magdedesisyon kung magiging kandidato ka para sa transplant. Maaaring lokal o wala sa pinagseserbisyuhang lugar ang mga tagapagkaloob ng transplant. Kung ang aming mga serbisyo sa transplant sa loob ng network ay nasa labas ng pattern ng pangangalaga ng komunidad, maaari mong piliing pumunta sa lokal hangga't ang mga lokal na provider ng transplant ay handa na tanggapin ang orihinal na rate ng Medicare. Kung ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay nagbibigay ng mga serbisyo sa transplant sa isang lokasyon sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa mga transplant sa komunidad mo at pipiliin mong kumuha ng mga transplant sa malayong lokasyon na ito, aayusin o babayaran namin ang angkop na tirahan at gastos sa transportasyon para sa iyo at sa isang kasama. Ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay magbibigay ng pagbabalik bayad para sa tuluyan at pagkain habang nasa malayong lokasyon para sa pangangalagang medikal na nauugnay sa transplant, na may pinakamataas araw-araw na hanggang \$150 bawat araw. Bilang karagdagan, ang pagbabalik sa mileage ay maaaring hilingin sa halagang katumbas ng karaniwang mileage rate para sa mga nagbabayad ng buwis gaya ng inilarawan ng Internal Revenue Service (IRS) na inaayos at paunawa na nai-publish sa publiko. Ang pinakamataas na halaga na maaaring bayaran para sa lahat ng paglalakbay, lodging, mga pagakain, at pagbabalik sa mileage ay limang-libong dolyar (\$5,000) bawat transplant alinsunod sa mga tuntunin ng plan. - Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin. Ang saklaw ng buong dugo at mga naka-pack na red cell ay magsisimula lamang sa ikaapat na pinta ng dugo na kailangan mo - dapat mong bayaran ang mga gastos para sa unang 3 pinta ng dugo na makukuha mo sa isang taon ng kalendaryo o ibigay mo ang dugo o ng ibang tao. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay tinatakpan simula sa unang pinta na ginamit. - Mga serbisyo ng doktor Tandaan: Para maging isang inpatient, dapat sumulat ang tagapagkaloob ninyo ng isang utos para pormal kayong i-admit bilang isang inpatient ng	sa inpatient sa isang ospital na wala sa network pagkatapos mapatatag ang iyong kondisyong pang-emergency, ang iyong gastos ay ang hatian sa gastos na babayaran mo sa isang ospital sa network. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	ospital. Kahit na manatili kayo sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kayong ituring na isang outpatient. Kapag hindi kayo sigurado kung isa kayong inpatient o isang outpatient, dapat tanungin ninyo ang kawani ng ospital. Mahahanap rin ninyo ang higit pang impormasyon sa isang fact sheet ng Medicare na tinatawag na <i>Isa ka bang Inpatient o Outpatient sa Ospital? Kung May Medicare Kayo – Magtanong!</i> Available ang fact sheet na ito sa Web sa https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE Pangangalaga ng ospital sa Inpatient (Pagpapatuloy) (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari niyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.	
	Mga serbisyo ng inpatient sa isang psychiatric na ospital Babayaran namin ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng pag-iisip na nangangailangan ng pamamalagi sa ospital • Makukuha mo ang mga serbisyong ito alinman sa isang pangkalahatang ospital o isang psychiatric na ospital na nag-aalaga lamang sa mga taong may mga kondisyon sa kalusugan ng isip. • Kung ikaw ay nasa isang psychiatric na ospital (sa halip na isang pangkalahatang ospital), ang Medicare ay magbabayad lamang ng hanggang 190 araw ng mga serbisyo sa inpatient sa psychiatric na ospital sa buong buhay mo. • Kung nagamit mo ang bahagi ng iyong 190-araw na panghabambuhay na limitasyon bago magpatala sa aming plano, ang bilang ng mga sakop na panghabambuhay na araw ng ospital ay mababawasan ng bilang ng mga araw ng pagiging inpatient para sa paggamot sa pangangalaga sa kalusugan ng isip na dating sakop ng Medicare sa isang psychiatric na ospital. • Hindi nalalapat ang 190-araw na limitasyon sa mga inpatient na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na inihahatid sa isang yunit ng psychiatric ng isang pangkalahatang ospital. • Walang limitasyon sa bilang ng mga panahon ng benepisyo na puwede mong makuha kapag nakakuha ka ng pangangalaga sa kalusugan ng isip sa isang pangkalahatang ospital. Maaari ka ring magkaroon ng maraming panahon ng benepisyo kapag nakakuha ka ng pangangalaga sa isang psychiatric na ospital ngunit mayroong panghabambuhay na limitasyon na 190 araw.	Magbabayad ka ng \$0 para sa mga araw na 1 - 90 ng pamamalagi sa ospital bawat panahon ng benepisyo. Sinasaklaw rin ng aming plan ang 60 na “mga araw ng pananatili sa ospital.” Ito ang mga “karagdagan” na araw na saklaw namin. Kung ang iyong pamamalagi sa ospital ay mas matagal pa sa 90 araw bawat panahon ng benepisyo, maaari mong gamitin ang mga karagdagang araw na ito. Ngunit kapag naubos mo na ang dagdag na 60 araw na ito, ang saklaw ng iyong pagiging naka-admit na pasyente sa ospital ay limitado sa 90 araw bawat panahon ng benepisyo. Kung kukuha ka ng awtorisadong pangangalaga sa inpatient sa isang ospital

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	• Sinasaklaw ng Medicaid ang mga pananatili ng inpatient pagkatapos maabot ang 190-araw na limitasyon. Walang limitasyon sa panahon ng benepisyo o sa panghabambuhay. • Dapat kang gumamit ng mga nakakontratang provider ng kalusugan ng pag-uugali. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa isang listahan ng mga provider ng kalusugan sa pag-uugali sa network. Hindi saklaw ng Medicare ang: • Pribadong tungkulin ng pangangalaga • Isang telepono o telebisyon sa iyong silid • Isang pribadong silid (maliban kung medikal na kinakailangan)	na wala sa network pagkatapos mapatatag ang iyong kondisyong pang-emergency, ang iyong gastos ay ang hatian sa gastos na babayaran mo sa isang ospital sa network. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon. Maliban sa isang emergency, dapat sabihin sa amin ng iyong doktor na ipapapasok ka sa ospital.
	Pananatili ng inpatient: Mga nasaklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (skilled nursing facility, SNF) sa panahon ng hindi nasaklaw na pananatili ng inpatient Kung naubos mo na ang iyong mga benepisyo sa pagiging inpatient o kung ang pananatili bilang inpatient ay hindi makatwiran at kinakailangan, hindi namin sasakupin ang iyong pananatili bilang inpatient. Gayunpaman, sa ilang kaso, sasakupin namin ang ilang serbisyong matatanggap mo habang ikaw ay nasa ospital o sa pasilidad ng sinanay na pag-aalaga (SNF). Kabilang sa mga sakop na serbisyo ngunit hindi limitado sa: • Mga serbisyo ng doktor Pananatili ng inpatient: Mga nasaklaw na serbisyo sa isang ospital o SNF sa panahon ng hindi nasaklaw na pananatili ng inpatient (Pagpapatuloy) • Mga pagsusuri na diagnostic, tulad ng mga pagsusuri ng lab • X-ray, radium, at therapy ng isotope, kabilang ang mga materyales at serbisyo ng teknisyen • Mga bandeha sa operasyon • Mga splint, pukol, at iba pang device na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyo. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	• Ang prosthetics at orthotics device (maliban sa dental) na pumapalit sa lahat o bahagi ng panloob na laman ng katawan (kabilang ang magkadikit na tissue), o lahat o bahagi ng punsyon ng isang permanenteng hindi gumagana o hindi gumaganang panloob na laman ng katawan, kabilang ang pagpapalit o pag-aayos ng mga naturang device • Mga braces sa binti, braso, likod, at leeg; mga gapos; at artipisyal na mga binti, braso, at mata kabilang ang mga pagsasaayos, pagkukumpuni, at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, pamumuro, pagkawala, o pagbabago sa pisikal na kondisyon ng pasyente • Pisikal na therapy, therapy sa pagsasalita, at occupational na therapy	
	Therapy sa medikal na nutrisyon Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diabetes, sakit sa bato (kidney) (ngunit hindi nagda-dialysis), o pagkatapos ng kidney transplant kapag iniutos ng iyong doktor. Sinasaklaw namin ang 3 oras ng mga harapan na serbisyo sa pagpapayo sa iyong unang taon na nakatanggap ka ng mga serbisyo ng therapy sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare (kabilang dito ang aming plano, anumang iba pang plano ng Medicare Advantage, o Orihinal na Medicare), at 2 oras bawat taon pagkatapos noon. Kung nagbago ang iyong kondisyon, paggamot, o diyagnosis, maaari kang makakuha ng mas maraming oras ng paggamot sa utos ng doktor. Ang isang physician ay dapat magreseta ng mga serbisyong ito at i-renew ang kanilang order taun-taon kung ang paggamot sa iyo ay kailangan sa susunod na taon ng kalendaryo.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa mga serbisyong medikal na nutrisyon therapy na saklaw ng Medicare.
	Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)* Sasakupin ang mga serbisyo ng MDPP para sa mga kwalipikadong benepisyaryo ng Medicare sa ilalim ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare. Ang MDPP ay isang nakabalangkas na programa sa pagbabago ng pag-uugali sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diyeta, mas matinding pisikal na aktibidad, at mga diskarte para mapagtagumpayan ang mga hamon sa pagpapanatili sa pagbaba ng timbang at malusog na pamumuhay.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa (MDPP) na benepisyong ito.
	Mga inireresetang gamot sa Medicare Bahagi B Sinasaklaw ng Bahagi B ng Medicare ang mga gamot na ito. Ang mga miyembro ng aming plano ay tumatanggap ng saklaw para sa mga gamot	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	na ito sa pamamagitan ng aming plano. Kasama sa mga sakop na gamot ang: • Mga gamot na karaniwang hindi sariling pinangangasiwaan ng pasyente at itinutrok o ini-infuse habang kumukuha ka ng mga serbisyo ng doktor, outpatient sa ospital, o ambulatory surgical center • Insulin na ibinibigay sa pamamagitan ng isang item ng matibay na kagamitang medikal (gaya ng medikal na kinakailangang pump ng insulin) • Iba pang mga gamot na ginagamit mo gamit ang matibay na kagamitang medikal (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng aming plano • Ang Alzheimer's drug, Leqembi®, (generic na pangalan ay lecanemab), na kung saan ay ibinibigay sa pamamagitan ng ugat. Bilang karagdagan sa mga halaga ng gamot, maaaring kailanganin mo ng karagdagang mga pag-scan at pagsusuri bago at/o sa panahon ng paggamot na maaaring magdagdag sa iyong pangkalahatang mga gastos. Makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa mga pag-scan at pagsusuri na maaari mong kailanganin bilang bahagi ng iyong paggamot • Mga clotting factor na ibinibigay mo sa iyong sarili sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kang hemophilia • Mga Transplant/Immunosuppressive na Gamot: Sinasaklaw ng Medicare ang gamot sa therapy ng kung binayaran ng Medicare ang iyong organ transplant. Dapat mayroon kang Part A sa panahon ng saklaw na transplant, at dapat mayroon kang Part B sa panahon na kumuha ka ng mga immunosuppressive na gamot. Tandaan, ang saklaw ng gamot ng Medicare (Part D) ay sumasaklaw sa mga immunosuppressive na gamot kung hindi saklaw ng Part B ang mga ito • Binabayaran namin ang mga gamot na ito kung kayo ay nasa bahay, may bali ng buto na pinatunayan ng inyong doktor na nauugnay sa osteoporosis pagkatapos ng menopause, at hindi ninyo mainiksiyon sa inyong sarili ang gamot • Mga ilang Antigen: Sinasaklaw ng Medicare ang mga antigen kung ang isang doktor ay naghahanda sa kanila at ang isang tao na naturuan ng wasto (na maaaring ikaw, ang pasyente) ay magbibigay sa kanila ng naaangkop na patnubay	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa insulin. Ang mga gamot sa Bahagi B ay maaaring sumailalim sa step therapy. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	- Mga partikular na iniinom na gamot sa kanser: Sinasaklaw ng Medicare ang ilang mga iniinom na gamot sa kanser kung ang parehong gamot ay available sa anyo ng pag-inject o kung ang gamot ay isang prodrug (isang oral na anyo ng gamot na, kapag nainom, ay nagiging kapareho ng aktibong sangkap na matatagpuan sa gamot na ini-inject) na ini-inject na gamot. Kapag available na ang mga bagong gamot sa cancer sa bibig, maaaring saklawin ng Part B ang mga ito. Kung hindi saklaw ng Part B ang mga ito, ang Part D ang sasaklaw nito Mga inireresetang gamot sa Medicare Bahagi B (Pagpapatuloy) - Mga iniinom na gamot laban sa pagduduwal: Sinasaklaw ng Medicare ang ginagamit mong mga iniinom na gamot laban sa pagduduwal bilang bahagi ng laban sa kanser na regimen ng chemotherapy kung ang mga ito ay ibinibigay bago, sa oras ng, o sa loob ng 48 oras pagkatapos ng chemotherapy, o ginagamit bilang buong kapalit ng ini-inject na gamot laban sa pagduduwal - Ilang gamot sa bibig na End-Stage Renal Disease (ESRD) kung ang parehong gamot ay available sa anyo na ini-inject at sinasaklaw ito ng benepisyo ng Part B ESRD - Mga gamot na calcimimetic sa ilalim ng sistema ng pagbabayad sa ESRD, kabilang ang ini-inject na gamot na Parsabiv®, at ang iniinom na gamot na Sensipar® - Ilang gamot para sa dialysis sa bahay, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin kapag medikal na kinakailangan, at topical anesthetic - Erythropoiesis-mga pampasigla: Sinasaklaw ng Medicare ang erythropoietin sa pamamagitan ng pag-inject kung mayroon kang End-Stage Renal Disease (ESRD) o kailangan mo ang gamot na ito upang gamutin ang anemia na nauugnay sa partikular na mga kondisyon (gaya ng Procrit®). - Intravenous Immune Globulin para sa paggamot sa bahay ng mga pangunahing sakit na kakulangan sa resistensya - Parenteral at enteral na nutrisyon (ini-inject at pagpapakain sa pamamagitan ng tubo) Sa ilang kaso, htinihiling namin na subukan mo muna ang ilang mga gamot para gamutin ang medikal na kondisyon mo bago namin saklawin ang isa pang gamot para sa parehong kondisyon. Halimbawa, kung ang Gamot A at Gamot B ay parehong nagamot ang kondisyon ngunit mas mura ang	

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Gamot A, maaaring kailanganin mong subukan muna ang Gamot A. Kung hindi mabisa para sa inyo ang Gamot A, sasaklawin namin ang Gamot B. Dadalhin kayo ng sumusunod na link sa isang listahan ng mga Part B na Gamot na maaaring sumailalim sa Step Therapy SWHNY.com. Saklaw din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming benepisyo sa inireresetang gamot ng Medicare Part B at Part D. Ipinapaliwanag ng Kabanata 5 ang benepisyo ng Part D sa inireresetang gamot, kabilang ang mga tuntunin na dapat mong sundin para masakop ang mga reseta.	
	Screening at therapy sa labis na katabaan para itaguyod ang patuloy na pagbaba ng timbang* Kung mayroon kayong body mass index na 30 o higit pa, babayaran namin ang pagpapayo upang tulungan kayong magbawas ng timbang. Saklaw ang pagpapayo na ito kung makukuha mo ito sa isang setting ng pangunahing pangangalaga, kung saan maaari itong i-coordinate sa komprehensibong plano mo sa pag-iwas. Kausapin ang inyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga upang matuto nang higit pa.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pag-screen sa pag-iwas sa labis na katabaan at therapy.
	Mga serbisyo sa programa ng paggamot sa opioid (Opioid treatment program) Ang mga miyembro ng aming plano na may karamdaman sa paggamit ng opioid (OUD) ay maaaring makatanggap ng saklaw ng mga serbisyo para magamot ang OUD sa pamamagitan ng Opioid Treatment Program (OTP) na kinabibilangan ng mga sumusunod na serbisyo: • Inaprubahan ng U.S. Food and Drug Administration (FDA) na paggamot na may opioid agonist at antagonist (MAT) na gamot • Pagbibigay at pangangasiwa ng mga gamot sa MAT (kung naaangkop) • Pagpapayo sa pagkagumon sa substansiya • Pang-indibidwal at pang-grupong therapy • Pagsusuri sa toxicology • Mga aktibidad sa paggamit • Pana-panahong mga pagtatasa	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyo ng programa sa paggamot ng opioid para sa outpatient na sakop ng Medicare. Hindi kinakailangan ang paunang awtorisasyon para sa mga serbisyo ng programa sa paggamot ng opioid na saklaw ng Medicare para sa outpatient, ngunit maaaring kakailanganin kung nangangailangan kayo ng mga gamot sa paggamot ng opioid.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Mga diagnostic na pagsusuri at serbisyo at supply na pang-therapy ng outpatient Kabilang sa mga sakop na serbisyo, ngunit hindi limitado sa: • Mga X-ray • Radiation (radium at isotope) na therapy, kabilang ang mga materyales at supply ng teknisyen • Mga supply sa operasyon, tulad ng mga pang-benda • Mga splint, pukol, at iba pang device na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon • Mga pagsusuri sa laboratoryo • Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin. Ang saklaw ng buong dugo at mga naka-pack na red cell ay magsisimula lamang sa ikaapat na pinta ng dugo na kailangan mo - dapat mong bayaran ang mga gastos para sa unang 3 pinta ng dugo na makukuha mo sa isang taon ng kalendaryo o ibigay mo ang dugo o ng ibang tao. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay tinatakpan simula sa unang pinta na ginamit. • Iba pang mga pagsusuri sa diagnostic ng outpatient – mga serbisyong hindi radiological diagnostic tulad ng mga EKG, EEG, mga pagsusuri sa pulmonary function, pag-aaral sa pagtulog, at mga pagsubok sa stress sa treadmill. • Mga serbisyo ng diagnostic radiological (parehong kumplikado at hindi) tulad ng mga espesyal na pag-scan, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, pag-aaral ng nuclear, ultrasound, diagnostic mammogram at interventional radiological na pamamaraan (myelogram, cystogram, angiogram, at pag-aaral ng barium). • Walang awtorisasyon ang kailangan para sa mga serbisyo sa laboratoryo ng outpatient at serbisyo ng x-ray para sa outpatient.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon. Hindi kailangan ng awtorisasyon para sa mga serbisyo sa lab ng outpatient. Ang pagsusuri sa genetic lab ay nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
	Pagmamasid ng ospital sa outpatient Ang mga serbisyo sa obserbasyon ay mga serbisyo sa outpatient sa ospital na ibinigay para matukoy kung kailangan mong tanggapin bilang isang inpatient o maaaring mapalabas. Para masakop ang mga serbisyo sa pagmamasid ng ospital sa outpatient, dapat nilang matugunan ang pamantayan ng Medicare at ituring na makatwiran at kinakailangan. Ang mga serbisyo ng obserbasyon ay saklaw lamang kapag ibinigay ng utos ng isang physician o ibang indibidwal na pinahintulutan ng batas sa paglilisensya ng estado at mga tuntunin ng	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	kawani ng ospital na ipasok ang mga pasyente sa ospital o mag-utos ng mga pagsusuri sa outpatient. Tandaan: Maliban kung ang provider ay nagsulat ng isang utos na ipasok ka bilang isang inpatient sa ospital, ikaw ay isang outpatient at nagbabayad ng mga halaga ng hatian sa gastos para sa mga serbisyo ng ospital para sa outpatient. Kahit magdamag kang manatili sa ospital, maaari ka pa ring ituring na isang outpatient. Kapag hindi kayo sigurado kung isa kayong outpatient, dapat tanungin ninyo ang kawani ng ospital. Mahahanap rin ninyo ang higit pang impormasyon sa isang fact sheet ng Medicare na tinatawag na <i>Isa ka bang Inpatient o Outpatient sa Ospital? Kung May Medicare Kayo – Magtanong!</i> Available ang fact sheet na ito sa Web sa https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari niyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.	
	Mga serbisyo ng ospital sa outpatient Nagbabayad kami para sa mga serbisyong medikal na kinakailangan na nakukuha mo sa departamento ng outpatient sa ospital ng isang ospital para sa diyagnosis o paggamot sa isang sakit o pinsala. Kabilang sa mga sakop na serbisyo, ngunit hindi limitado sa: • Mga serbisyo sa isang kagawaran ng emergency o klinika ng outpatient sa ospital, gaya ng mga serbisyo sa pag-opera o pag-obserba ng outpatient sa ospital • Mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na pagsusuri na sisingilin ng ospital • Pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan, kabilang ang pangangalaga sa isang programa para sa bahagyang pagkakaospital, kung pinatunayan ng isang doktor na kakailanganin ng inpatient na mananatili sa ospital ang paggamot nang wala ito • Mga X-ray at iba pang serbisyo ng radiology na sinisingil ng ospital • Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast • Ilang gamot na hindi mo maibibigay sa iyong sarili Tandaan: Maliban kung ang provider ay nagsulat ng isang utos na ipasok ka bilang isang inpatient sa ospital, ikaw ay isang outpatient at nagbabayad ng mga halaga ng hatian sa gastos para sa mga serbisyo ng ospital para sa outpatient. Kahit magdamag ka sa ospital, ikaw	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon. Walang awtorisasyon ang kailangan para sa mga serbisyo sa laboratoryo ng outpatient at serbisyo ng x-ray para sa outpatient. Ang pagsusuri sa genetic lab ay nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Mga serbisyo ng ospital sa outpatient (Pagpapatuloy) ay maaari pa ring ituring na isang outpatient. Kapag hindi kayo sigurado kung isa kayong outpatient, dapat tanungin ninyo ang kawani ng ospital. Mahamanap rin ninyo ang higit pang impormasyon sa isang fact sheet ng Medicare na tinatawag na <i>Isa ka bang Inpatient o Outpatient sa Ospital? Kung May Medicare Kayo – Magtanong!</i> Available ang fact sheet na ito sa Web sa https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari niyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.	
	Pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan ng outpatient Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: Mga serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng isang psychiatrist o doktor na lisensyado ng estado, klinikal na psychologist, clinical social worker, clinical nurse specialist, licensed professional counselor (LPC), licensed marriage and family therapist (LMFT), nurse practitioner (NP), physician assistant (PA), o iba pang kwalipikadong propesyonal ng Medicare sa pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan gaya ng pinapayagan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado. Kasama sa iyong saklaw sa pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan para sa outpatient ng Medicare ang: • Isang pagsusuri sa depresyon bawat taon ng kalendaryo. Kailangang gawin ang pag-screen sa isang opisina ng doktor sa pangunahing pangangalaga o klinika ng pangunahing pangangalaga na pwedeng magbigay ng follow up na paggamot at mga referral. • Pang-indibidwal at pang-grupong psychotherapy kasama ang mga doktor o ilang mga lisensyadong propesyonal na pinapayagan ng estado kung saan mo nakukuha ang mga serbisyong ito. • Pagpapayo sa pamilya, kung ang pangunahing layunin ay tumulong sa paggamot sa iyo. • Pagsusuri para malaman kung nakukuha mo ang mga serbisyong kailangan mo at kung ang kasalukuyang paggamot sa iyo ay nakakatulong sa iyo. • Psychiatric na pagtatasa. • Pamamahala ng gamot.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Tingnan ang "Pagsusuri ng depresyon" sa chart na ito para sa taunang pagsusuri mo sa depresyon. Tingnan ang “Bahagyang pagpapaospital” sa chart na ito kung kailangan mo ng pangangalagang paggamot sa pangkalusugan sa isip ng outpatient na saklaw ng Medicare. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Mga outpatient na serbisyo sa rehabilitasyon Kasama sa mga sakop na serbisyo ang: pisikal na therapy, occupational therapy, at therapy sa wika ng pagsasalita. Ang mga serbisyo sa rehabilitasyon ng outpatient ay ibinibigay sa iba't ibang setting ng outpatient, tulad ng mga departamento ng outpatient ng ospital, mga independiyenteng tanggapan ng therapist, at Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORFs).	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.
	Mga serbisyo sa pagkagumon sa substansiya ng outpatient Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: • Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyo sa pag-abuso sa sangkap ng outpatient. • Bilang karagdagan, sinasaklaw ng Medicaid ang mga pagbisitang sa pang-indibidwal at pang-grupong therapy. Ang nagpatala ay dapat na makapag-self-refer para sa isang pagtatasa mula sa isang provider ng network sa loob ng labindalawang (12) buwan. Dapat kang gumamit ng isang provider ng Senior Whole Healthcare Behavioral Health. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
	Operasyon ng outpatient, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay sa mga pasilidad para sa outpatient ng ospital at mga ambulatory surgical center Tandaan: Kung ikaw ay may operasyon sa isang pasilidad ng ospital, dapat mong suriin sa provider mo kung ikaw ay magiging isang inpatient o outpatient. Maliban kung ang provider ay nagsulat ng isang utos na ipasok ka bilang isang inpatient sa ospital, ikaw ay isang outpatient at nagbabayad ng mga halaga ng hatian sa gastos para sa operasyon ng outpatient. Kahit na manatili kayo sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kayong ituring na isang outpatient.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
	Mga item na over-the-counter (OTC) (Karagdagan) Makakakuha kayo ng \$100 para magastos sa mga aprubado ng plano na OTC na item, produkto, at gamot kasama ang iyong Healthy You Card. Ang buwanang allowance na ito ay ibinabahagi sa allowance para sa mga serbisyo ng Transportasyon na hindi pang-emerhensiya (Karagdagan) Maaari mong gamitin ang halagang ito para sa mga OTC na item, mga serbisyo sa transportasyon, o kumbinasyon ng parehong gamit ang iyong	Walang coinsurance, co-payment, o deductible para sa Healthy You Card ninyo. Maaaring ikaw ang mananagot sa para sa mga gastos kung lalampas ka sa

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Healthy You card Kung hindi mo gagamitin ang buong halaga ng iyong buwanang allowance, mag-e-expire ang natitirang balanse at hindi ito magagamit sa susunod na buwan. Kasama sa iyong saklaw ang hindi inirereseta OTC na mga bagay na pangkalusugan at pangkagalingan tulad ng mga bitamina, sunscreen, mga pampahupa ng pananakit, gamot sa ubo at sipon, at mga bendahe. Maaari kang mag-order: • Online – bisitahin ang NationsOTC.com/Molina • Sa Pamamagitan ng Telepono – 877-208-9243, upang makipag-usap sa isang NationsOTC Member Experience Advisor sa (TTY 711), 24 oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo, 365 araw sa isang taon. • Sa Pamamagitan ng Koreo – Punan at ibalik ang order form sa katalogo ng produkto. • Sa pamamagitan ng mga kalahok na lokasyon ng retail. Mga item na over-the-counter (OTC) (Karagdagan)* (Pagpapatuloy) Sumangguni sa inyong 2025 na Catalog ng OTC na Produkto para sa isang kumpletong listahan ng mga OTC na item na aprubado ng plan o tawagan ang isang taong sumusuporta sa OTC para sa higit pang impormasyon. Makakakita kayo ng mahahalagang impormasyon (mga alituntunin sa pag-order) sa 2025 na Katalogo ng OTC sa Produkto. Para sa karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.	iyong pinakamataas na buwanang allowance. Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod.
	Mga serbisyo sa bahagyang pag-ospital at mga Masinsinang serbisyo sa outpatient <i>Bahagyang pag-ospital</i> ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong psychiatric na paggagamot na ibinibigay bilang isang serbisyo sa outpatient sa ospital o ng isang community mental health center, na mas matindi kaysa sa pangangalagang natanggap mo sa iyong doktor, therapist, licensed marriage and family therapist's (LMFT), o opisina ng licensed professional counselor at isang alternatibo sa pagpapaospital ng inpatient. <i>Mataas na antas ng mga serbisyo sa inpatient</i> ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong paggagamot sa therapy sa kalusugan ng pag-uugali (kaisipan) na ibinibigay sa isang hospital outpatient department, community mental health center, isang Federally qualified health center, o isang rural health clinic na mas matindi kaysa sa pangangalagang natanggap sa iyong doktor, therapist, licensed marriage and family therapist's (LMFT), o	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw na mga serbisyo sa bahagyang pagpapaospital ng Medicare. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	opisina ng licensed professional counselor ngunit hindi gaanong matindi kaysa sa bahagyang pag-ospital.	
	Mga serbisyo ng doktor/tagapagkaloob, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: • Mga medikal na serbisyong kinakailangang pangangalaga o operasyon na ibinigay sa opisina ng doktor, sertipikadong ambulatory surgical center, hospital outpatient department, o anumang iba pang lokasyon • Konsultasyon, pagsusuri, at paggamot ng isang espesyalista • Mga pangunahing pagsusuri sa pandinig at balanse na isinagawa ng iyong PCP, kung utos ito ng doktor mo upang makita kung kailangan mo ng medikal na paggamot • Partikular na serbisyo sa telehealth, kabilang ang mga serbisyo sa pangunahing pangangalaga	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Mga serbisyo ng Doktor/Practitioner, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor (Pagpapatuloy) ◦ May opsyon kayong makuha ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o sa pamamagitan ng telehealth. Kung pipiliin ninyong kunin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat kayong gumamit ng tagapagkaloob na nasa network na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. Kung pipiliin ninyong kunin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat kayong gumamit ng tagapagkaloob na nasa network na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. Para mahanap ang isang provider ng network, bisitahin ang aming website sa SWHNY.com. ◦ Ang mga virtual na medikal na pagbisita ay mga medikal na pagbisita na inihahatid sa iyo sa labas ng mga medikal na pasilidad ng mga virtual provider na gumagamit ng mga kakayahan sa online na teknolohiya at live na audio/video. ◦ Tandaan: Hindi lahat ng medikal na kondisyon ay maaaring gamutin sa pamamagitan ng mga virtual na pagbisita. Tutukuyin ng virtual na pagbisita sa doktor kung kailangan mong magpatingin sa isang personal na doktor para sa paggamot. ◦ Mga telehealth na serbisyo para sa mga buwanang pagbisitang nauugnay sa end-stage renal disease para sa mga miyembro ng pagpapa-dialysis sa bahay sa isang renal dialysis center na nasa ospital o nasa critical access hospital, o sa bahay ng miyembro. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon. • Mga serbisyo ng telehealth upang masuri, tasahin, o gamutin ang mga sintomas ng isang stroke, anuman ang lokasyon mo Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon. • Mga serbisyong telehealth para sa mga miyembrong may karamdaman sa paggamit ng sangkap o kasabay na umiiral na karamdaman sa kalusugang pangkaisipan. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.	

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	• Mga serbisyo sa telehealth para sa diagnosis, pagsusuri, at paggamot ng mga sakit sa kalusugan ng isip kung: ◦ Mayroon kayong personal na pagbisita sa loob ng 6 na buwan bago ang inyong unang pagbisita sa telehealth ◦ Mayroon kayong personal na pagbisita kada 12 buwan habang tinatanggap ang mga serbisyong ito sa telehealth ◦ Ang mga pagbubukod ay maaaring gawin sa itaas para sa ilang mga pangyayari • Mga serbisyong telehealth para sa mga pagbisita para sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng Mga Rural na Klinikang Pangkalusugan at Kwalipikado sa Pederal na mga Sentro ng Kalusugan • Mga virtual na pagpapatala (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ng inyong doktor nang 5-10 minuto kung: ◦ hindi kayo bagong pasyente at ◦ Ang pag-check in ay hindi nauugnay sa pagbisita sa isang tanggapan sa nakaraang 7 araw at ◦ Ang pag-check-in ay hindi nagreresulta sa isang pagbisita sa opisina sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na magagamit na appointment. • Susuriin ang video at/o mga larawan na ipinapadala mo sa iyong doktor, at interpretasyon at pagsubaybay ng iyong doktor sa loob ng 24 oras kung: ◦ hindi kayo bagong pasyente at ◦ Hindi naging dahilan ang pagsuri para sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang available na pagpapatingin • Ang konsultasyon ng doktor mo sa iba pang mga doktor gamit ang telepono, internet, o elektronikong rekord ng kalusugan • Pangalawang opinyon bago ang operasyon • Hindi pangkaraniwang pangangalaga sa ngipin (ang mga saklaw na serbisyo ay limitado sa operasyon ng panga o mga kaugnay na istruktura, pagtatakda ng mga bali ng panga o mga buto sa mukha, pagbunot ng mga ngipin para ihanda ang panga para sa paggamot gamit ang radiation ng neoplastic cancer disease, o mga serbisyong sasakupin kapag ibinigay ng isang physician) • Mga serbisyo sa pagsubaybay sa tanggapan ng doktor o pasilidad ng ospital sa outpatient kung umiinom ka ng mga gamot laban sa pamumuo ng dugo, gaya ng Coumadin, Heparin, o Warfarin.	

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Mga serbisyo sa Podiatry (saklaw ng Medicare) Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: • Diyagnosis at medikal o operasyon na paggamot sa mga pinsala at sakit sa paa (tulad ng hammer toe o mga heel spur) Mga serbisyo sa Podiatry (saklaw ng Medicare) (Pagpapatuloy) • Regular na pangangalaga sa paa para sa mga miyembrong may ilang partikular na medikal na kondisyong na nakakaapekto sa ibabang paa	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw na mga serbisyo sa podiatry ng Medicare. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
	Mga pagsusuring screening ng kanser sa prostate* Para sa edad ng mga lalaki na 50 at pataas, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo isang beses bawat 12 buwan: • Isang digital na pagsusuri na pinapasok sa puwit • Isang pagsusuri gamit ang antigen na partikular sa prostate (Prostate Specific Antigen, PSA)	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang PSA na pagsusuri.
	Mga prosthetic at orthotic na aparato at mga kaugnay na kagamitan Mga device (maliban sa dental) na pumapalit sa lahat o bahagi ng bahagi o paggana ng katawan. Kabilang dito ang ngunit hindi limitado sa pagsusuri, pagsukat, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic na aparato; gayundin: mga colostomy bag at mga kagamitan na direktang nauugnay sa pangangalaga sa colostomy, pacemaker, braces, prosthetic na sapatos, artipisyal na limbs at mga prosthesis ng dibdib (kabilang ang operasyon ng susu pagkatapos ng mastectomy). Kabilang ang ilang partikular na kagamitang nauugnay sa mga prosthetic na aparato, at pagkukumpuni at/o pagpapalit ng mga prosthetic na aparato. Kasama rin ang ilang saklaw kasunod ng pag-alis ng katarata o operasyon ng katarata – tingnan ang Pangangalaga sa Paningin mamaya sa seksyong ito para sa higit pang detalye.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
	Mga serbisyo na rehabilitasyon ng baga* Ang mga komprehensibong programa ng pulmonary rehabilitation ay saklaw para sa mga miyembrong may katamtaman hanggang napakalubhang chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at isang utos para sa pulmonary rehabilitation mula sa doktor na gumagamot sa malalang sakit sa paghinga.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Screening at pagpapayo para mabawasan ang maling paggamit ng alak* Sinasaklaw namin ang isang screening sa maling paggamit ng alak para sa mga nasa hustong gulang na may Medicare (kabilang ang mga buntis na kababaihan) na gumagamit ng maling alak ngunit hindi nabubuhay sa alkohol. Kung nagpositibo ka para sa maling paggamit ng alak, maaari kang makakuha ng hanggang 4 na mabilisang harapang sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung kaya mo at alerto habang nagpapapayo) na ibinibigay ng kwalipikadong doktor sa pangunahing pangangalaga o practitioner sa isang setting ng pangunahing pangangalaga.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare na screening at pagpapayo upang bawasan ang benepisyong pang-iwas sa maling paggamit ng alak.
	Screening para sa kanser sa baga na may low dose computed tomography (LDCT) * Para sa mga kwalipikadong indibidwal, sinasaklaw ang isang LDCT bawat 12 buwan. Screening para sa kanser sa baga na may low dose computed tomography (LDCT)* (Continued) Ang mga karapat-dapat na miyembro ay: Mga tao na may edad 50–77 taon na walang mga palatandaan o sintomas ng kanser sa baga, ngunit may kasaysayan ng paninigarilyo ng tabako ng hindi bababa sa 20 taon na paninigarilyo at kasalukuyang naninigarilyo o tumigil sa paninigarilyo sa huling 15 taon, na tumanggap ng reseta para sa LDCT sa panahon ng pagbisita sa konsultasyon para sa screening ng kanser sa baga at pinagsamang paggawa ng desisyon na tumutugon sa mga pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagbisita at ibinigay ng isang doktor o kwalipikadong hindi doktor na practitioner. <i>Para sa screening ng kanser sa baga sa LDCT pagkatapos ng paunang screening sa LDCT:</i> dapat makatanggap ang miyembro ng reseta para sa screening ng kanser sa baga sa LDCT, na maaaring ibigay sa anumang angkop na pagbisita sa isang doktor o kwalipikadong hindi physician na practitioner. Kung pipiliin ng isang doktor o kwalipikadong hindi physician na practitioner na magbigay ng pagpapayo sa screening ng kanser sa baga at ibinahaging pagbisita sa pagdedesisyon para sa mga kasunod na screening ng kanser sa baga gamit ang LDCT, dapat matugunan ng pagbisita ang pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagbisita.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagpapayo na saklaw ng Medicare at mga hatian sa paggawa ng desisyon sa pagbisita.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Screening para sa sexually transmitted infection (STI) at pagpapayo para maiwasan ang STI * Sinasakop namin ang mga pagsusuri sa mga impeksiyon na nakukuha sa pakikipagtalik (STI) para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at Hepatitis B. Ang mga pagsusuring ito ay sakop para sa mga buntis na kababaihan at para sa ilang partikular na tao na mas mataas ang panganib para sa isang STI kapag ang mga pagsusuri ay iniutos ng isang pangunahing provider ng pangangalaga. Sinasaklaw namin ang mga pagsubok na ito minsan sa bawat 12 buwan o sa ilang mga pagkakataon sa panahon ng pagbubuntis. Sinasaklaw din namin ang hanggang dalawang indibidwal na 20 hanggang 30 minuto, harapang mataas na masinsinang mga sesyon ng pagpapayo sa pag-uugali bawat taon para sa mga nasa hustong gulang na aktibong sekswal na may mas mataas na panganib para sa mga STI. Sasakupin lamang namin ang mga sesyon ng pagpapayo na ito bilang serbisyong pang-iwas kung ang mga ito ay ibinibigay ng isang provider ng pangunahing pangangalaga at magaganap sa isang setting ng pangunahing pangangalaga, gaya ng opisina ng isang doktor.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa screening na saklaw ng Medicare para sa mga STI at pagpapayo para sa mga benepisyon pang-iwas sa STI.
	Mga serbisyo para gamutin ang sakit sa bato Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: Mga serbisyong edukasyon tungkol sa karamdaman sa bato upang ituro ang pangangalaga sa bato at tulungan ang mga miyembrong gumawa ng mga mabubuting desisyon tungkol sa kanilang pangangalaga. Para sa mga miyembrong may stage IV na talamak na sakit sa bato kapag tinukoy ng kanilang doktor, sinasaklaw namin ang hanggang anim na sesyon ng mga serbisyo sa edukasyon sa sakit sa bato sa bawat buhay.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Mga Paggamot sa Dialysis ng Inpatient Tingnan ang “Pangangalaga ng ospital sa inpatient” sa chart na ito.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Mga serbisyo para gamutin ang sakit sa bato (Pagpapatuloy) • Mga paggamot sa dialysis ng outpatient (kabilang ang mga paggamot sa dialysis kapag pansamantalang wala sa lugar ng serbisyo, tulad ng ipinaliwanag sa Kabanata 3, o kapag ang iyong provider para sa serbisyong ito ay pansamantalang hindi available o hindi naa-access) • Mga dialysis na paggamot ng inpatient (kung ikaw ay naospital bilang inpatient sa isang ospital para sa espesyal na pangangalaga) • Pagsasanay sa pagdialysis sa sarili, (kabilang ang pagsasanay para sa inyo at sinumang tumutulong sa inyo sa mga paggamot ninyo sa dialysis sa bahay) • Kagamitan at mga supply sa dialysis sa bahay • Ang ilang serbisyo sa suporta sa bahay (gaya ng mga kinakailangang pagbisita ng mga sinanay na manggagawa sa dialysis para suriin ang dialysis sa bahay ninyo, para tumulong sa mga emergency, at para suriin ang kagamitan ninyo sa dialysis at supply ng tubig) Ang ilang partikular na gamot para sa dialysis ay sakop sa ilalim ng iyong benepisyo sa gamot sa Part B ng Medicare. Para sa impormasyon tungkol sa saklaw para sa Part B na Mga Gamot, mangyaring pumunta sa seksyon ng mga iniresetang gamot sa Part B ng Medicare.	Kagamitan at Mga Supply sa Dialysis sa Bahay • Tingnan ang "Matibay na kagamitang medikal at mga kaugnay na supply" sa chart na ito. Mga Serbisyong Pansuporta sa Bahay (Home Supportive Services) • Tingnan ang "Pangangalaga ng ahensya ng kalusugan sa tahanan" sa chart na ito. Mga Gamot sa Dialysis sa Part B ng Medicare • Para sa impormasyon, tingnan ang "mga iniresetang gamot sa Medicare Bahagi B" sa chart na ito.
	Pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga (Skilled nursing facility o SNF) (Para sa isang kahulugan ng pangangalaga ng pasilidad ng sinanay na pag-aalaga, tingnan ang Kabanata 12 ng dokumentong ito. Ang mga pasilidad ng sinanay na pag-aalaga ay tinatawag minsan na mga SNF.) Kabilang sa mga sakop na serbisyo ngunit hindi limitado sa: • Bahagyang-pribadong kuwarto (o pribadong kuwarto kung ito ay kailangan sa pagpapagamot) • Mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • Sinanay na serbisyo ng pag-aalaga • Babayaran namin ang physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Mga gamot na nakukuha mo bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga (Kabilang ang mga sangkap na natural na nasa katawan, gaya ng mga salik sa pamumuo ng dugo.)	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon. Maliban sa isang emergency, dapat sabihin sa plano ng iyong doktor na ipapapasok ka sa SNF. Hindi kinakailangan ang paunang pagpapaospital.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	- Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin. Ang saklaw ng buong dugo at mga naka-pack na red cell ay magsisimula lamang sa ikaapat na pinta ng dugo na kailangan mo – dapat mong bayaran ang mga gastos para sa unang tatlong pinta ng dugo na makukuha mo sa isang taon ng kalendaryo o ibigay mo ang dugo o ng ibang tao. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay tinatakan simula sa unang pinta na ginamit. - Mga medikal at surgical na supply na karaniwang ibinibigay ng mga SNF - Mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga SNF - X-ray at iba pang mga serbisyo sa radiology na karaniwang ibinibigay ng mga SNF - Paggamit ng mga gamit tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga SNF - Mga serbisyo ng doktor/practitioner Pangangalaga ng skilled nursing facility (SNF) (Pagpapatuloy) Karaniwan, makukuha ninyo ang inyong pangangalaga sa SNF mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon na nakalista sa ibaba, puwede mong makuha ang pangangalaga sa iyo mula sa isang pasilidad na hindi isang provider ng network, kung tatanggapin ng pasilidad ang mga halaga ng aming plano para sa pagbabayad. - Isang bahay pagamutan o komunidad sa pagreretiro para sa patuloy na pangangalaga sa kung saan ka nakatira bago ka pa pumunta sa ospital (basta ito ay nagbibigay ng pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga) - Ang isang SNF ay kung saan nakatira ang iyong asawa o kinakasama sa oras na umalis ka sa ospital	
	Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako (pagpapayo na huminto sa paninigarilyo o paggamit ng tabako)* <u>Kung gumagamit ka ng tabako, ngunit wala kang mga palatandaan o sintomas ng sakit na nauugnay sa tabako:</u> Sinasaklaw namin ang dalawang pagpapayo sa pagtatangkang paghinto sa loob ng 12 buwan bilang isang serbisyong pang-iwas na walang gastos sa iyo. Ang bawat pagpapayo para sa pagtatangka ay kinabibilangan ng hanggang apat na harapang pagbisita. <u>Kung gumagamit ka ng tabako at na-diagnose na may sakit na nauugnay sa tabako o umiinom ng gamot na maaaring maapektuhan ng tabako:</u> Sinasaklaw namin ang mga serbisyo sa pagpapayo sa pagtigil. Sinasaklaw	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare sa paninigarilyo at paggamit ng tabako na mga benepisyo sa pagpigil sa pagtigil.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	namin ang dalawang pagpapayo sa pagtatangkang paghinto sa loob ng 12 buwan; gayunpaman, babayaran mo ang naaangkop na hatian sa gastos. Ang bawat pagpapayo para sa pagtatangka ay kinabibilangan ng hanggang apat na harapang pagbisita.	
	Mga serbisyo sa pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako (Pandagdag)* Kung gusto mong tumigil sa paninigarilyo dapat kang makipag-usap sa iyong Physician ng Pangunahing Pangangalaga o tumawag sa aming Departamento ng Edukasyong Pangkalusugan. Bilang karagdagan sa saklaw na inaalok sa ilalim ng saklaw na benepisyo ng Medicare sa pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako, sinasaklaw ng plan ang 8 karagdagang pagpapayong mga serbisyo bawat taon ng upang matulungan kang huminto sa paninigarilyo o paggamit ng mga produktong tabako. Dapat mong ubusin ang benepisyo mo sa pagtigil sa paggamit ng tabako na sakop ng Medicare bago magbayad ang plano para sa pagkakasakop sa ilalim ng benepisyong ito.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.
	Mga Espesyal na Pangsuplementong Benepisyo para sa Mga May Malalang Sakit III Kung na-diagnose kayo na may sumusunod na (mga) malalang kondisyon na tinukoy sa ibaba at nakakatugon sa ilang pamantayan, maaari kayong maging kwalipikado para sa mga espesyal na pandagdag na benepisyo para sa malalang sakit. Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Malalang Sakit III (Pagpapatuloy) Kakailanganin ninyong magsumite ng form ng Pagtatasa ng Panganib sa Kalusugan na kinikilala kayo bilang may isa sa mga nakalistang kondisyon na puwedeng lumala nang walang pag-access sa isa sa mga espesyal na pangsuplementong benepisyo na nakalista sa ibaba. • Malalang pag-asa sa alkohol at iba pang droga; • Mga karamdaman sa autoimmune; • Kanser; • Mga karamdaman sa puso; • Malalang pagpalya ng puso; • Dementia; • Diabetes;	Walang coinsurance, co-payment, o deductible para sa Healthy You Card ninyo. Maaaring kailanganin ang pakikilahok sa isang programa para sa pamamahala ng pangangalaga. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	• End-stage liver disease; • End-stage renal disease (ESRD); • Malubhang mga karamdaman sa hematologic; • HIV/AIDS; • Malubhang karamdaman sa baga; • Malala at nakakapagpa-disable na mga kondisyon sa kalusugan ng isip; • Mga neurologic na karamdaman; at • Stroke Tutulungan ka namin sa pag-access sa mga benepisyong ito. Maaari mong tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o ang iyong Tagapag-ugnay ng Pangangalaga para simulan ang kahilingan mo o makakuha ng karagdagang impormasyon. Tandaan: Sa pamamagitan ng paghiling sa benepisyong ito, pinapahintulutan ninyo ang mga kinatawan ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) na makipag-ugnayan sa inyo sa pamamagitan ng telepono, mail, o anupamang mga paraan ng komunikasyon ayon sa hayagang nakasaad sa aplikasyon ninyo. Kapag naaprubahan na, awtomatikong kakargahan ang inyong Healthy You Card ng hanggang \$73 tuwing buwan na gagamitin para sa benepisyong ng SSBICI. Ang anumang hindi magagamit na pondo sa katapusan ng bawat buwan ay hindi madadala sa susunod na buwan. Pagkain at Produkto Kung karapat-dapat, makakatanggap ka ng \$73 bawat buwan para gastusin sa Pagkain at Produkto.	
	Pinangangasiwaang ehersisyo na therapy (Supervised Exercise Therapy, SET) Saklaw ang SET para sa mga miyembrong may sintomas na sakit sa peripheral artery (PAD). Supervised Exercise Therapy (SET) (Pagpapatuloy) Hanggang 36 na sesyon sa panahon ng 12-linggo kung natutugunan ang lahat ng kinakailangan sa SET.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Ang programang SET ay dapat na: • Binubuo ng mga session na tumatagal ng 30-60 minuto, na binubuo ng programa ng therapeutic na ehersisyo at pagsasanay para sa PAD sa mga pasyenteng may claudication • Sa isang lugar ng ospital para sa pasyenteng hindi mananatili sa ospital o sa opisina ng doktor • Inihahatid ng mga kwalipikadong tauhan na tumitiyak mas higit ang benepisyo kaysa sa pinsala at sinanay sa ehersisyo na therapy para sa PAD • Sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng isang doktor, kasama ng doktor, o nars na practitioner/espesyalistang klinikal na nars na sinanay sa parehong basic at advanced na mga diskarte sa pagsuporta sa buhay Maaaring saklawin ang SET nang lampas sa 36 na sesyon sa loob ng 12 linggo para sa karagdagang 36 na sesyon sa loob ng pinahabang panahon kung ituturing na medikal na kinakailangan ng isang provider ng pangangalaga sa kalusugan.	
	Transportasyon na hindi pang-emerhensiya (Karagdagan) Mayroon kang \$100 bawat buwan na magagamit para sa transportasyon papunta sa isang lugar na may kinalaman sa kalusugan ayon sa iyong pagpapasya gamit ang iyong Healthy You card. Ang halagang ito ay hindi tumutugma sa isang itinakdang bilang ng "mga pagsakay" ngunit maaaring gamitin upang bumili ng hindi pang-emergency na transportasyon sa limitasyon ng benepisyo. Ang halagang ito ay pinagsasama sa buwanang allowance para sa Over-the-Counter (OTC). Kung hindi mo gagamitin ang buong halaga ng iyong buwanang benepisyo, mag-e-expire ang natitirang balanse at hindi ito magagamit sa susunod na buwan. Maaari mong gamitin ang iyong may pondong Healthy You card upang bumili ng mga biyahe sa mga ride-hailing na application, sa mga serbisyo ng taxi, o patungo sa iba pang anyo ng transportasyon ng hindi pang-emerhensiya gaya ng mga ticket para sa bus, mga card para sa tren, o iba pang anyo ng pampublikong sasakyan. Hinihikayat ang mga miyembro na i-maximize ang bilang ng mga sakay na magagamit sa pamamagitan ng allowance na ito. Para sa mga karaniwang hinihiling na destinasyon, tulad ng mga dialysis center o mga pasilidad ng physical therapy, makipag-ugnayan nang direkta sa nagbibigay ng pasilidad upang makita kung mas matipid na transportasyon ang magagamit bago mag-iskedyul sa pamamagitan ng isang ride-hailing o retail na serbisyo sa transportasyon.	Walang coinsurance o copayment para sa serbisyong ito gamit ang iyong Healthy You Card. Maaari kayong maging responsable para sa mga gastos kung lumampas kayo sa inyong pinakamataas na taunang allowance. Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod. Kung kailangan ninyo ng pang-emerhensyang pangangalaga, i-dial ang 911 at humiling ng ambulansya. Tingnan ang 'Serbisyo ng Ambulansiya' sa tsart na ito upang malaman ang higit pa tungkol sa transportasyong pang-emerhensiya.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Mga serbisyong agarang kinakailangan Ang isang serbisyong saklaw ng plan na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon na hindi isang emerhesiya ay isang agarang kinakailangang serbisyo kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng saklaw ng serbisyo ng plan, o ito ay hindi makatwiran sa iyong oras, lugar, at mga pangyayari Mga serbisyong agarang kinakailangan (Pagpapatuloy) upang makuha ang serbisyong ito mula sa mga network provider kung kanino nakikipagkontrata ang plan. Dapat saklawin ng iyong plan ang mga agarang kinakailangang serbisyo at maningil lamang ng mga gastos sa bahagi sa gastos sa loob network. Ang mga halimbawa ng mga agarang kinakailangang serbisyo ay ang mga hindi inaasahang medikal na karamdaman at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kondisyon. Gayunpaman, mahalaga ang regular na pagbisita sa provider, gaya ng taunang pagsusuri, ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plan o pansamantalang hindi magagamit ang network ng plan. Sa labas ng U.S., tingnan ang "Pandaigdigang emerhensiya/agarang pangangalaga.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.
	Pangangalaga sa paningin Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: • Mga serbisyo ng doktor para sa outpatient para sa pagsusuri at paggamot ng mga sakit at pinsala sa mata, kabilang ang paggamot para sa macular degeneration na nauugnay sa edad. Hindi sinasaklaw ng Orihinal na Medicare ang mga regular na pagsusuri sa mata (repraksyon ng mata) para sa mga salamin sa mata/contact • Para sa mga taong mataas ang panganib sa glaucoma, babayaran namin ang isang pag-screen para sa glaucoma bawat taon. Ang mga taong may mataas na panganib ng glaucoma ay kinabibilangan ng: mga taong may kasaysayan ng pamilya sa glaucoma, mga taong may diabetes, mga African-American na edad 50 at mas matanda, at mga Hispanic American na 65 o mas matanda • Para sa mga taong may diabetes, ang screening para sa diabetic retinopathy ay saklaw isang beses bawat taon	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw na pangangalaga sa paningin ng Medicare. Maaaring kailanganin ang Paunang Awtorisasyon para sa salamin sa mata.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	- Isang pares ng salamin sa mata o contact lens pagkatapos ng bawat operasyon sa katarata na may kasamang pagpasok ng isang intraocular lens (Kung mayroon kang dalawang magkahiwalay na operasyon sa katarata, hindi mo maaaring ireserba ang benepisyong pagkatapos ng unang operasyon at bumili ng dalawang salamin sa mata pagkatapos ng pangalawang operasyon.) Pangangalaga sa paningin (Karagdagan) - Isang regular na pagsusuri sa mata bawat taon ng kalendaryo - Salamin sa mata, hanggang \$350 na limitasyon bawat taon Kasama sa mga saklaw na serbisyo ng Medicaid ang: - Mga Serbisyo ng Mga Optometrist, Ophthalmologist at Ophthalmic dispenser kabilang ang mga salamin sa mata, mga contact lens at polycarbonate lens na medikal na kinakailangan, mga artipisyal na mata (stock o pinasadya), tulong sa malabong paningin at mga serbisyo sa malabong paningin. Kasama sa saklaw ang pagkukumpuni o pagpapalit ng mga bahagi. Pangangalaga sa paningin (Pagpapatuloy) Mga pagsusuri para sa diagnosis at paggamot ng mga visual na depekto at/o sakit sa mata. Ang mga pagsusuri para sa repraksyon ay limitado sa bawat 2 taon maliban kung medikal na kinakailangan. Pumunta kayo sa isang provider na nasa network. Tingnan ang Direktoryo ng Provider at Parmasya o tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa listahan.	
	Welcome sa pagbisita ng Medicare para sa pag-iwas sa mga sakit Sinasaklaw ng plano ang isang beses na <i>Welcome sa Medicare</i> na pang-iwas na pagbisita. Kabilang sa pagbisita ang pagsusuri ng iyong kalusugan, gayundin ng edukasyon at Mahalaga: Sinasaklaw lang namin ang <i>Welcome sa Medicare</i> na pang-iwas sa sakit na pagbisita sa unang 12 buwan na mayroon kang Medicare Part B. Kapag gumawa ka ng iyong appointment, sabihin mo sa tanggapan ng iyong doktor na gusto mong iiskedyul ang iyong <i>Welcome sa Medicare</i> na pang-iwas sa sakit na pagbisita.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pang-iwas na pagbisita na <i>Welcome sa Medicare</i> .
	Pandaigdigang emerhensiya/agarang saklaw (Karagdagan)* Bilang karagdagang benepisyong, kasama sa inyong saklaw ang hanggang \$10,000 bawat taon ng kalendaryo para sa pandaigdigang emergency/ agarang pangangalaga sa labas ng United States (U.S.)	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Kung nakatanggap kayo ng pang-emergency na

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

	Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Limitado ang benepisyong ito sa mga serbisyo na nauuri bilang emergency o agarang pangangalaga kung ang pangangalaga ay ibinigay sa U.S. Kasama sa pandaigdigang saklaw ang pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga, transportasyon ng pang-emergency na ambulansya mula sa pinangyarihan ng isang emergency patungo sa pinakamalapit na pasilidad ng pagamutan at pangangalaga para sa pagpapagaling. Sinasaklaw ang mga serbisyo ng ambulansya sa mga sitwasyon kung saan ang pagpunta sa emergency room sa anumang ibang paraan ay maaaring maglagay sa inyong kalusugan sa kapahamakan. Kapag nangyari ang mga sitwasyong ito, hinihiling namin na tawagan ninyo kami o ang isang taong nag-aalaga sa inyo. Susubukan naming ayusin para sa mga tagapagkaloob ng serbisyo sa network na pamahalaan ang inyong pangangalaga sa sandaling mapahihintulutan ng inyong medikal na kondisyon at mga kalagayan. Hindi saklaw ang transportasyon pabalik sa U.S mula sa ibang bansa. Ang regular na pangangalaga at mga paunang nakaiskedyul o elektibong pamamaraan ay hindi saklaw. Ang mga buwis sa ibang bansa at bayarin (kabilang ang ngunit hindi limitado sa, conversion ng pera o mga bayarin sa transaksyon) ay hindi saklaw. Ibig sabihin ng U.S. ay ang 50 estado, ang Distrito ng Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island, at American Samoa. Pandaigdigang saklaw na pang-emerhensiya (Karagdagan)*(Pagpapatuloy)	pangangalaga sa labas ng U.S. at nangangailangan kayo ng pangangalaga para sa pasyente pagkatapos na mapabuti ang inyong pang-emergency na kondisyon, dapat kayong bumalik sa isang ospital na nasa loob ng network upang patuloy na masaklaw ang inyong pangangalaga O dapat mayroon kayong pangangalaga para sa pasyente sa ospital na wala sa network na awtorisado ng plano. Ang inyong gastos ay ang hatian sa gastos na babayaran ninyo sa isang ospital na nasa network. Nalalapat ang maximum na plano. Maaaring kailanganin ninyong maghain ng claim para sa reimbursement ng emergency/ agarang pangangalaga na natanggap sa labas ng U.S. Ang maximum na plano na \$10,000 bawat taon ng kalendaryo ay nalalapat para sa benepisyong ito.

Seksyon 2.2 Karagdagang mga benepisyong sakop ng Medicaid para sa mga Miyembro ng Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP)

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay isang Dual Eligible Special Needs Plan na pinagsasama ang saklaw ng Medicare sa mga benepisyong Medicaid kabilang ang mga karagdagang serbisyong long-term care, na espesyal na idinisenyo para sa mga miyembrong nangangailangan ng nursing home level of care. Nakalista

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

sa sumusunod na chart ang mga karagdagang benepisyo at serbisyong Medicaid na available para sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mga miyembro.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
Pangangalaga sa Kalusugan sa Araw ng Adulto Pangangalaga at mga serbisyong ibinibigay sa isang pasilidad ng pangangalaga sa kalusugan sa tirahan o naaprubahang site ng extension. Dapat ibigay: • Sa ilalim ng medikal na direksyon ng isang physician • Sa pamamagitan ng kawani ng Pangangalaga sa Kalusugan sa Araw ng Adulto • Batay sa komprehensibong pagtatasa ng mga pangangailangan at plano ng pangangalaga ng miyembro • Sa patuloy na koordinasyon ng plano sa pangangalaga sa kalusugan. Kabilang ang transportasyon.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Espesyal na Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: • Mga Programa sa Paggamot ng Masinsinang Psychiatric na Rehabilitasyon, • Pang-araw na Paggamot, • Patuloy na Pang-araw na Paggamot, • Pamamahala ng Kaso para sa May Malubha at Palagiang May Sakit sa Pag-iisip (itinataguyod ng estado o lokal na mga yunit ng kalusugang pangkaisipan), • Mga Bahagyang Pag-ospital, • Paggamot sa Mapanindigang Komunidad (Assertive Community Treatment, ACT), • Mga Personalized na Serbisyong Nakatuon sa Pagbawi (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Mga Serbisyo sa Personal na Pangangalaga na Itinuro ng Consumer (Consumer Directed Personal Care Services, CDPAS) Mga serbisyo sa mga miyembrong may malalang sakit o pisikal na kapansanan na may medikal na pangangailangan para sa tulong sa mga aktibidad ng pang-araw-araw na pamumuhay (ADL) o mga serbisyo ng sinanay na pag-aalaga. Kasama ang alinman sa mga serbisyong ibinibigay ng isang katulong sa personal na pangangalaga (tagapaglingkod sa bahay), katulong sa kalusugan sa bahay o nars.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
Mayroon kang kakayahang umangkop at kalayaan sa pagpili ng mga tagapag-alaga mo. Ikaw, o ang taong kumikilos sa ngalan mo, ay may pananagutan sa pagkuha, pagpapaalis, pagsasanay, pangangasiwa at pagwawakas, kung kinakailangan.	
Mga Serbisyo para sa Ngipin Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang mga regular at karaniwang serbisyo sa ngipin, gaya ng pagpapatingin para sa pag-iwas ng ngipin, paglilinis, x-ray, mga pamasak at iba pang serbisyo upang suriin ang mga pagbabago o abnormalidad na maaaring mangailangan ng paggamot at/o follow-up na pangangalaga. Kasama rin ang mga medikal na kinakailangang mga pagpunla sa ngipin. Kailangang magkaroon ng PAREHO: - Isang liham mula sa iyong doktor na nagpapaliwanag kung paano makakatulong ang mga pagpunla sa iyong medikal na kondisyon - Isang liham mula sa iyong dentista na nagpapaliwanag kung bakit hindi itatama ng ibang mga alternatibo ang kondisyon mo at kung bakit kailangan mo ng mga pagpunla Hindi mo kailangan ng referral mula sa iyong PCP para magpatingin sa dentista.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon para sa ilang serbisyo, kabilang ang mga pagpunla sa ngipin.
Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME) May kasamang hindi Medicare na DME na sakop ng Medicaid, tulad ng mga device at kagamitan maliban sa mga medikal/surgical na supply, tub stools at grab bar, at prosthetic o orthotic na mga kasangkapan. Saklaw ang DME hangga't natutugunan ang mga sumusunod na pamantayan: - Ang DME ay maaaring tumagal sa paulit-ulit na paggamit sa isang matagal na panahon - Pangunahin at karaniwang ginagamit para sa mga layuning medikal - Sa pangkalahatan ay hindi kapaki-pakinabang sa isang tao na walang sakit o pinsala - Ay karaniwang ikinakabit, idinisenyo o ginawa para sa paggamit ng isang partikular na indibidwal - Ay iniuutos ng isang kwalipikadong practitioner Walang homebound na pangunang kailangan.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon para sa kasangkapan.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
Mga Serbisyo sa Pandinig Mga serbisyo at produkto para maibsan ang kapansanan na dulot ng kawalan ng pandinig o kapansanan. Kailangang medikal na kinakailangan. Kabilang ang: • Pagpili ng tulong pandinig, pagkabit at pamamahagi • Pagsusuri ng tulong pandinig (hearing aid) kasunod ng pamamahagi • Pagsusuri ng pag-alinsunod at pag-aayos ng tulong pandinig • Mga serbisyo ng audiology kabilang ang pagsubok at mga pagsusuri, mga pagsusuri sa tulong pandinig at mga reseta • Mga tulong pandinig, mga hulma sa tainga, mga espesyal na pagkabit at mga kapalit na bahagi	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Mga Serbisyo sa Pangangalaga sa Bahay (Sinanay) Kasama ang mga sinanay na serbisyo na hindi saklaw ng Medicare, gaya ng mga pisikal na therapist upang mangasiwa sa mga programa sa pagpapanatili para sa mga pasyente na umabot sa kanilang pinakamataas na potensyal sa pagpapanumbalik o mga nars na mag-prefill ng mga hiringgilya para sa mga taong may kapansanan na may diabetes. Kasama ang mga serbisyo sa katulong sa pangangalaga sa bahay gaya ng kinakailangan ng isang aprubadong plano ng pangangalaga na binuo ng isang sertipikadong ahensya ng kalusugan sa tahanan.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Inihahatid sa Bahay at Pagsasama-sama ng mga Pagkain Mga pagkain na ibinibigay sa bahay o sa pagtitipun-tipon na setting, tulad ng mga senior center para sa mga indibidwal na hindi nakapaghanda ng mga pagkain o nakapaghanda sa kanila.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Pangangalaga ng Ospital sa Inpatient, kabilang ang Kalusugan ng Pag-iisip at Pangangalaga sa Sakit sa Paggamit ng Substansya Medikal na kinakailangang pangangalaga, kabilang ang mga araw na lampas sa 190-araw na maximum na panghabambuhay ng Medicare para sa kalusugan ng isip ng inpatient. Sinasaklaw ng plano ang 365 araw sa isang taon (366 sa mga leap year)	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Kinakailangan ang paunang awtorisasyon, maliban sa mga emergency.
Mga Medikal na Panlipunang Serbisyo Pagtatasa, pagsasaayos at pagbibigay tulong para sa mga suliraning panlipunan na may kaugnayan sa pagpapanatili ng miyembro sa tahanan.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
	Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Mga Kagamitang Medikal/Pang-operasyon Ang saklaw na benepisyo ay para sa mga medikal o surgical na supply at enteral/parenteral formula at pandagdag -- mga item na karaniwang itinuturing na isang beses lamang gamitin at/o nagagamit na bagay. Ang enteral formula at nutritional supplement na benepisyo ay limitado sa mga indibidwal na hindi makakakuha ng nutrisyon sa pamamagitan ng iba pang paraan at sa mga sumusunod na kondisyon: • Pinapakain gamit ang tubo na mga indibidwal na hindi maaaring ngumuya o lumunok ng pagkain at dapat kumuha ng nutrisyon sa pamamagitan ng formula sa pamamagitan ng tubo; at • Mga indibidwal na may bihirang likas na sakit sa metabolismo na nangangailangan ng mga partikular na medikal na formula upang magbigay ng mahahalagang sustansya	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Medikal na Transportasyon (nakagawian/hindi lumilitaw) Isang daanan at balikan na transportasyon sa pamamagitan ng ambulansya, ambulette, fixed wing o transportasyon sa eroplano, hindi wastong coach, taxicab, uniporme, pampublikong transportasyon o iba pang paraan na naaangkop sa medikal na kondisyon ng miyembro. Kung kinakailangan, kasama ang isang sirbiyente sa biyahe na sasamahan ng miyembro. May include pagkain, tutulugan at sahod ng sirbiyente sa biyahe. (Walang babayaranang sahod sa isang sirbiyente na kapamilya ng miyembro).	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Nutrisyon Kabilang ang pagtatasa ng mga pangangailangan sa nutrisyon, pagbuo at pagsusuri ng mga plano sa paggamot, edukasyon sa nutrisyon at pagpapayo, edukasyon sa serbisyo. Kabilang ang mga kultural na pagsasaalang-alang. Kabilang sa saklaw ang mga binagong produkto ng solidong pagkain na may mababang protina o naglalaman ng binagong protina para sa mga indibidwal na may ilang minanang sakit ng metabolismo ng amino acid at organikong acid.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan ng outpatient Pang-indibidwal at pang-grupong therapy.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyong (kung ano ang sakop)

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
Maaaring mag self-refer ang miyembro para sa isang pagtatasa mula sa isang provider ng network sa loob ng 12 buwan.	Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Paggamot sa Outpatient para sa Sakit sa Paggamit ng Sangkap Pang-indibidwal at pang-grupong pagbisita. Ang miyembro ay dapat na makapag-self-refer para sa isang pagtatasa mula sa isang provider ng network sa loob ng 12 buwan na panahon.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Mga Serbisyo sa Personal na Pangangalaga (PCS) Sinaskop ang pagbibigay ng medikal na kinakailangang tulong sa mga aktibidad tulad ng personal na kalinisan; pagbibihis at pagpapakain; suporta sa nutrisyonal at kapaligiran gaya ng paghahanda ng pagkain at gawaing-bahay. Ang mga serbisyo ay dapat na mahalaga para mapanatili ang kalusugan at kaligtasan ng miyembro sa kanilang sariling tahanan.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Personal Emergency Response System (PERS) Ang PERS ay isang elektronikong aparato na nagbibigay-daan sa mga indibidwal na makakuha ng tulong sa isang pisikal, emosyonal o pang-emergency na pangkapaligiran.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Pribadong Tungkulin na Serbisyo sa Pag-aalaga Dapat ibigay ng isang rehistradong propesyonal na nars (RN) o lisensyadong praktikal na nars (LPN) na may lisensya at kasalukuyang pagpaparehistro mula sa NYS Education Department. Maaaring ibigay ang mga serbisyo sa pamamagitan ng isang aprubadong sertipikadong ahensya ng kalusugan sa tahanan, lisensyadong ahensya ng pangangalaga sa tahanan o pribadong propesyonal.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Mga Prosthetic at Orthotic Device Mga device (maliban sa dental) na pumapalit sa lahat o bahagi ng bahagi o paggana ng katawan. Kabilang dito ang ngunit hindi limitado sa: mga colostomy bag at mga supply na direktang nauugnay sa pangangalaga sa colostomy, pacemaker, braces, prosthetic na sapatos, artipisyal na limbs at mga prosthesis ng dibdib (kabilang ang surgical brassiere pagkatapos ng mastectomy). Kabilang ang ilang partikular na supply na nauugnay sa mga prosthetic na device.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran kapag nakuha mo ang mga serbisyong ito
Mga outpatient na serbisyo sa rehabilitasyon Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: Pisikal at occupational therapy Therapy sa wika ng pagsasalita	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Pangangalaga sa Panlipunang Araw Nakabalangkas na komprehensibong programa na nagbibigay ng pagsasa-panlipunan, pangangasiwa, pagsubaybay, personal na pangangalaga at nutrisyon sa isang proteksiyon na setting sa anumang bahagi ng araw. Maaaring kabilang ang tulong sa ADL, pamamahala ng kaso at transportasyon. Batay sa saklaw sa medikal na pangangailangan.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
Mga Suporta sa Panlipunan at Pangkapaligiran Kabilang ang mga serbisyo at item para suportahan ang medikal na pangangailangan. Maaaring kabilang ang mga gawain sa pagpapanatili ng tahanan, mga serbisyong maybahay/mga gawaing-bahay, pagpapabuti ng pabahay at pahinga.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

SEKSYON 3 Anong mga serbisyo ang sakop sa labas ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)?

Seksyon 3.1 Mga serbisyong *hindi* sakop ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

May mga serbisyong saklaw ng Medicaid na hindi nasasaklaw ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Makukuha mo ang mga serbisyong ito mula sa sinumang provider na kumukuha ng Medicaid sa pamamagitan ng paggamit ng iyong Medicaid Benefit Card. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa (833) 671-0440 (TTY 711) kung mayroon kang tanong tungkol sa kung ang benepisyo ay saklaw ng Senior Whole Health ng New York NHC o Medicaid.

Ang mga sumusunod na serbisyo ay hindi saklaw ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ngunit available sa pamamagitan ng Medicaid:

- Wala sa network na mga serbisyo sa Pagpapalano ng Pamilya (Family Planning) sa ilalim ng mga probisyon ng direktang pag-access,
- Mga Benepisyo sa Parmasya ng Medicaid na pinapayagan ng Batas ng Estado (piliin ang mga kategorya ng gamot na hindi kasama sa benepisyo ng Medicare Part D),
- Mga Programa sa Paggamot sa Pagpapanatili ng Methadone,

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

- Mga Serbisyo sa Rehabilitasyon na Ibinibigay sa mga Residente ng Mga Lisensyadong Paninirahan ng Komunidad (CRs) ng OMH at Mga Programa sa Paggamot na Batay sa Pamilya,
- Tanggapan para sa Mga Pinagseserbisyuhang Taong May Kapansanan sa Pag-unlad,
- Komprehensibong Pamamahala ng Kaso ng Medicaid,
- Directly Observed Therapy (DOT) para sa Sakit na Tuberkulosis,

SEKSYON 4 Anong mga serbisyo ang hindi sakop ng plano?**Seksyon 4.1 Mga serbisyong *hindi* sakop ng plano**

Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung anong mga serbisyo ang hindi kasama.

Ang chart sa ibaba ay naglalarawan ng ilang mga serbisyo at item na hindi sakop ng plano sa ilalim ng anumang kundisyon o sakop lamang ng mga partikular na kundisyon.

Kung makakakuha ka ng mga serbisyong hindi kasama (hindi sakop), dapat mong bayaran ang mga ito mismo maliban sa ilalim ng mga partikular na kundisyon na nakalista sa ibaba. Kahit na natanggap mo ang mga serbisyong hindi kasama sa isang pasilidad na pang-emerhensiya, hindi pa rin saklaw ang mga serbisyong hindi kasama at hindi babayaran ng aming plan ang mga ito. Ang tanging eksepsyon ay kung ang serbisyo ay inapela at napagpasyahan: sa pag-apela para maging isang medikal na serbisyo na dapat ay binayaran o sinasaklaw namin dahil sa partikular na sitwasyon mo. (Para sa impormasyon tungkol sa pag-apela sa isang desisyon na ginawa namin para hindi sakupin ang isang medikal na serbisyo, pumunta sa Kabanata 9, Seksyon 6.3 sa dokumentong ito.)

Mga serbisyong hindi sakop ng Medicare	Hindi sakop sa anumang kundisyon	Sakop lamang sa ilalim ng mga partikular na kundisyon
Cosmetic surgery o mga pamamaraan		• Sakop sa mga kaso ng aksidenteng pinsala o para sa pagpapabuti ng paggana ng isang malformed na bahagi ng katawan. • Sakop para sa lahat ng yugto ng muling paggawa para sa isang suso pagkatapos ng mastectomy, gayundin para sa hindi apektadong suso para makagawa ng simetriko na hitsura.
Pangangalaga sa kustodiya Ang pangangalaga sa kustodiya ay personal na pangangalaga na hindi nangangailangan ng patuloy na atensyon ng mga sinanay na medikal o paramediko na tauhan, tulad ng pangangalaga na tumutulong sa iyo sa mga aktibidad ng pang-araw-araw	Hindi sakop sa anumang kundisyon	

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

Mga serbisyong hindi sakop ng Medicare	Hindi sakop sa anumang kundisyon	Sakop lamang sa ilalim ng mga partikular na kundisyon
na pamumuhay, tulad ng pagligo o pagbibihis.		
Mga pang-eksperimentong medikal at surgical na pamamaraan, kagamitan at mga gamot. Ang mga pang-eksperimentong pamamaraan at mga item ay ang mga item at pamamaraan na tinutukoy ng Orihinal na Medicare na hindi karaniwang tinatanggap ng medikal na komunidad.		Maaaring sakupin ng Orihinal na Medicare sa ilalim ng isang pag-aaral sa klinikal na pananaliksik na inaprubahan ng Medicare o ng aming plano. (Tingnan ang Kabanata 3, Seksyon 5 para sa higit pang impormasyon sa mga pag-aaral sa klinikal na pananaliksik.)
Mga bayarin na sinisingil ng mga kamag-anak ninyo o miyembro ng sambahayan ninyo.	Hindi sakop sa anumang kundisyon	
Kabuuang-oras na pag-aalaga sa tahanan ninyo.	Hindi sakop sa anumang kundisyon	
Mga inihatid sa bahay na pagkain		Sakop sa ilalim ng Medicaid.
Mga serbisyo sa maybahay kabilang ang pangunahing tulong sa sambahayan, tulad ng magaan na gawaing-bahay o paghahanda ng magaan na pagkain.		Sakop sa ilalim ng Medicaid.
Mga serbisyong naturopath (ang paggamit ng natural o alternatibong paggamot).	Hindi sakop sa anumang kundisyon	
Mga sapatos na orthopaedic o pansuportang kagamitan para sa mga paa		Mga sapatos na bahagi ng isang leg brace at kasama sa halaga ng brace. Orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may diabetic na sakit sa paa.
Mga personal na item sa inyong kuwarto sa ospital o pasilidad ng pangangalaga, tulad ng telepono o telebisyon.	Hindi sakop sa anumang kundisyon	
Pribadong kwarto sa isang ospital.		Sakop lamang kapag medikal na kinakailangan.

Kabanata 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang sakop)

Mga serbisyong hindi sakop ng Medicare	Hindi sakop sa anumang kundisyon	Sakop lamang sa ilalim ng mga partikular na kundisyon
Pagbaliktad ng mga pamamaraan ng isterilisasyon at walang-resetang mga suplay ng pagpipigil sa pagbubuntis.	Hindi sakop sa anumang kundisyon	
Regular na pangangalaga ng chiropractic		Ang manwal na pagmamanipla ng gulugod (spine) upang itama ang isang subluxation ay sakop
Regular na pangangalaga sa ngipin, tulad ng paglilinis, pamasak o pustiso.	Hindi sakop sa anumang kundisyon	
Radial keratotomy, LASIK na operasyon, at iba pang pantulong sa malabong paningin.		- Ang pagsusuri sa mata at isang pares ng salamin sa mata (o contact lens) ay sakop para sa mga tao pagkatapos ng operasyon sa katarata. - Nag-aalok ang planong ito ng karagdagang saklaw ng paningin. Tingnan ang “Pangangalaga sa paningin” sa Chart ng Mga Benepisyo, seksyon 2.1 ng Kabanatang ito para sa higit pang impormasyon.
Regular na pangangalaga sa paa		Ilang limitadong saklaw na ibinigay ayon sa mga alituntunin ng Medicare (hal., kung mayroon kang diabetes).
Mga regular na pagsusuri sa pandinig, mga hearing aid, o mga pagsusuri upang magkasya ang mga hearing aid.		Sakop sa ilalim ng Medicaid.
Mga serbisyong itinuturing na hindi makatwiran at kinakailangan, ayon sa mga pamantayan ng Orihinal na Medicare	Hindi sakop sa anumang kundisyon	

KABANATA 5:

*Gamit ang saklaw ng plano para sa mga
iniresetang gamot sa Part D*

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D**? Paano ka makakakuha ng impormasyon tungkol sa mga gastos mo sa gamot?**

Dahil kwalipikado ka para sa Medicaid, kwalipikado ka para sa at makakakuha ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare para bayaran ang mga gastos mo sa plano sa inireresetang gamot. Dahil ikaw ay nasa “Karagdagang Tulong” na programa, **ang ilang impormasyon sa *Evidence of Coverage* na ito tungkol sa mga gastos para sa mga inireresetang gamot sa Part D ay maaaring hindi nalalapat sa iyo.** Nagpadala kami sa inyo ng hiwalay na kalakip, na tinatawag na *Evidence of Coverage na Rider para sa Taong Nakakakuha ng “Karagdagang Tulong” sa Pagbabayad para sa mga Inireseta na Gamot* (kilala rin bilang *Low-Income Subsidy Rider* o ang *LIS Rider*), na nagsasabi sa inyo tungkol sa inyong saklaw na gamot. Kung wala sa iyo ang kalakip na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro at hilingin ang *LIS Rider*.

SEKSYON 1 Panimula

Ang kabanatang ito ay **ipinapaliwanag ang mga tuntunin sa paggamit ng iyong saklaw para sa mga gamot sa Part D.** Pakitingnan ang Kabanata 4 para sa Medicare Part B na mga benepisyo sa gamot at mga benepisyo sa hospice na gamot.

Bilang karagdagan sa mga gamot na sakop ng Medicare, ang ilang mga de-resetang gamot ay sinasakop para sa iyo sa ilalim ng mga benepisyo mo sa Medicaid.

Para sa higit pang impormasyon sa saklaw ng gamot ng Medicaid, dapat kang makipag-ugnayan sa tanggapan ng Medicaid sa iyong Estado (nakalista ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6).

Seksyon 1.1 Mga pangunahing tuntunin para sa saklaw ng gamot sa Part D ng plano

Sa pangkalahatan, sasakupin ng plano ang iyong mga gamot hangga't sinusunod mo ang mga pangunahing tuntuning ito:

- Dapat ay mayroon kayong isang doktor o iba pang tagapagkaloob na sumulat ng inyong reseta, na dapat wasto sa ilalim ng naaangkop na batas ng estado.
- Ang inyong tagapagreseta ay hindi dapat nasa Mga Listahan ng Pagbubukod o Preclusion ng Medicare.
- Sa pangkalahatan, dapat kayong gumamit ng isang parmasya sa network para punan ang reseta ninyo. (Tingnan ang Seksyon 2 sa kabanatang ito.) O maaari mong punan ang inyong reseta sa pamamagitan ng serbisyong mail-order ng plan.
- Ang iyong gamot ay dapat na nasa *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot (Pormularyo)* ng plan (sa maikling salita, tinatawag namin itong Listahan ng Gamot). (Tingnan ang Seksyon 3 sa kabanatang ito).
- Ang inyong gamot ay dapat ginagamit para sa isang paggamit na medikal na tinatanggap. Nangangahulugan ito na ang gamit ng gamot ay aprubado ng Food and Drug Administration o suportado ng ilang mga medikal na sanggunian. (Tingnan ang Seksyon 3 para sa higit pang impormasyon tungkol sa tinatanggap na indikasyon sa medikal.)
- Maaaring mangailangan ng pag-apruba ang iyong mga gamot bago namin ito saklawin. (Tingnan ang Seksyon 4 sa kabanatang ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga paghihigpit sa iyong saklaw.)

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D**SEKSYON 2 Punan ang iyong reseta sa isang parmasya sa network o sa pamamagitan ng serbisyo ng pag-order sa koreo ng plano****Seksyon 2.1 Gumamit parmasya ng network**

Sa karamihang kaso, saklaw *lamang* ang iyong mga reseta kung pupunan ang mga ito sa mga botika ng network ng plano. (Tingnan ang Seksyon 2.5 para sa impormasyon tungkol sa kung kailan namin sasakupin ang mga reseta na pinunan sa mga parmasya na wala sa network.)

Ang parmasya sa network ay isang parmasya na may kontrata sa planong ibigay ang mga sakop na inireresetang gamot sa iyo. Ang terminong mga sakop na gamot ay nangangahulugang lahat ng resetang gamot sa Part D na nasa Listahan ng Gamot ng plan.

Seksyon 2.2 Mga Parmasya ng network**Paano ka makakahanap ng isang parmasya sa network sa iyong lugar?**

Para makahanap ng isang parmasya sa network, maaari kang tumingin sa iyong *Direktoryo ng Provider/Parmasya*, bisitahin ang aming website (SWHNY.com), at/o tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Maaari ninyong gamitin ang alinman sa aming mga parmasyang nasa network.

Paano kung umalis sa network ang parmasya na iyong ginagamit?

Kung ang parmasya na ginagamit mo ay umalis sa network ng plano, kakailanganin mong maghanap ng bagong parmasya na nasa network. Para makahanap ng isa pang parmasya sa iyong lugar, maaari kang makakuha ng tulong mula sa Mga Serbisyo sa Miyembro o gamitin ang *Direktoryo ng Provider/Parmasya*. Makakahanap ka rin ng impormasyon sa aming website sa SWHNY.com.

Paano kung kailangan mo ng espesyal na parmasya?

Minsan dapat mapunan ang mga reseta sa isang espesyal na parmasya. Kasama sa mga espesyal na parmasya ang:

- Mga parmasya na nagsusuplay ng mga gamot para sa terapi na infusion sa bahay.
- Mga parmasya na nagsusuplay ng mga gamot para sa mga residente ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng pasilidad ng pag-aalaga. Kadalasan, ang isang pasilidad ng LTC (tulad ng isang bahay pagamutan) ay may sariling parmasya. Kung nahihirapan kang i-access ang mga benepisyo mo sa Part D sa isang pasilidad ng LTC, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Mga parmasya na nagsisilbi sa Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (hindi available sa Puerto Rico). Maliban sa mga emergency, ang mga Katutubong Amerikano o Katutubong Alaska lamang ang maaaring gumamit ng mga parmasya na ito.
- Ang mga parmasya na nagbibigay ng mga gamot na pinaghihigpitan ng FDA sa ilang partikular na lokasyon o nangangailangan ng espesyal na pangangasiwa, koordinasyon ng tagapagkaloob, o edukasyon sa paggamit ng mga ito. Para mahanap ang isang espesyal na parmasya, tumingin sa iyong *Directoryo ng Provider at Parmasya* SWHNY.com o tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D**Seksyon 2.3 Paggamit sa serbisyong mail-order ng plano**

Para sa ilang partikular na uri ng gamot, maaari mong gamitin ang serbisyong mail-order ng plano ng network. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na makukuha sa pamamagitan ng mail-order ay mga gamot na regular niyong iniinom para sa isang pabalik-balik o pangmatagalang medikal na kondisyon. Ang mga gamot na *hindi* available sa pamamagitan ng serbisyong mail-order ng aming plan ay minarkahan ng “NM” sa aming Listahan ng Gamot.

Ang serbisyong mail-order ng aming plano ay pinapayagan kang umorder ng **hanggang sa 100-araw na supply**.

Para makakuha ng mga form ng order at impormasyon tungkol sa pagpuno sa iyong mga reseta sa pamamagitan ng koreo pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o bisitahin ang aming website sa SWHNY.com.

Karaniwan ang isang mail-order na order sa parmasya ay ihahatid sa iyo sa loob ng hindi hihigit sa 14 na mga araw. Kung may agarang pangangailangan o naantala ang oras na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa tulong sa pagtanggap ng pansamantalang supply ng iyong reseta.

Mga bagong reseta na direktang natatanggap ng parmasya mula sa opisina ng doktor mo.

Pagkatapos makatanggap ang parmasya ng reseta mula sa isang provider ng pangangalaga sa kalusugan, makikipag-ugnayan ito sa iyo upang makita kung gusto mong mapunan kaagad ang gamot o sa ibang pagkakataon. Mahalagang tumugon ka sa tuwing makikipag-ugnayan sa iyo ang parmasya, para ipaalam sa kanila kung ipapadala, ipagpapaliban, o ihihinto ang bagong reseta.

Mga muling pagpunan (refill) sa mga resetang mail-order. Para sa mga refill ng inyong mga gamot, mayroon kayong opsyon na mag-sign up para sa isang awtomatikong programa ng pag-refill. Sa ilalim ng programang ito, sisimulan naming iproseso ang inyong susunod na refill nang awtomatiko kapag ipinakita ng aming mga rekord na malapit na kayong maubusan ng inyong gamot. Makikipag-ugnayan sa inyo ang parmasya bago ipadala ang bawat refill upang makatiyak na kailangan ninyo ng higit pang gamot, at maaari ninyong kanselahin ang mga refill kung may sapat na kayong gamot o kung nagbago ang inyong gamot.

Kung pipiliin mong hindi gamitin ang aming programang auto-refill ngunit gusto mo pa ring ipadala sa iyo ng mail-order na parmasya ang iyong reseta, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong parmasya 14 na araw bago maubos ang kasalukuyang reseta mo. Titiyakin nito na maipapadala sa iyo ang iyong order sa tamang oras.

Para huwag sumali sa aming programa na awtomatikong naghahanda ng mga mail-order ng muling pagkumpleto, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o bisitahin ang aming website sa SWHNY.com.

Seksyon 2.4 Paano ka makakakuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot?

Ang plan ay nag-aalok ng dalawang paraan upang makakuha ng pangmatagalang suplay (tinatawag ding pinahabang suplay) ng mga maintenance na gamot sa aming Listahan ng Gamot ng plan. (Ang mga maintenance na gamot ay mga gamot na regular ninyong ginagamit para sa isang pabalik-balik o pangmatagalang medikal na kondisyon.)

1. Pinapahintulutan kayo ng ilang parmasyang nasa network na kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Ang iyong *Direktoryo ng Provider/Parmasya* SWHNY.com ay nagsasabi sa iyo kung aling mga parmasya sa aming network ang puwedeng magbigay sa iyo ng pangmatagalang suplay ng mga maintenance na gamot. Maaari din kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D

2. Maaari ka ring makatanggap ng mga maintenance na gamot sa pamamagitan ng aming programang mail-order. Pakitingnan ang Seksyon 2.3 para sa higit pang impormasyon.

Seksyon 2.5 Kailan ka makakagamit ng isang parmasya na wala sa network ng plano?**Maaaring sakupin ang iyong reseta sa ilang partikular na sitwasyon**

Sa pangkalahatan, binabayaran *lamang* namin ang mga gamot na kinukuha sa isang out-of-network na parmasya kapag walang magamit na parmasyang nasa network. Mayroon kaming mga parmasyang nasa network sa labas ng aming pinagseserbisyuhang lugar kung saan maaari ninyong kunin ang inyong mga reseta bilang miyembro ng aming plano. **Mangyaring suriin muna sa Mga Serbisyo sa Miyembro** upang makita kung mayroong malapit na parmasya sa network. Maaaring kailanganin mong bayaran ang pagkakaiba sa pagitan ng halaga na binabayaran mo para sa gamot sa isang wala sa network na parmasya at ang gastos na sasaklawin sa isang parmasya na nasa loob ng network.

Narito ang mga pangyayari kung kailan namin sasaklawin ang mga reseta na pinuno sa parmasya na wala sa network:

- Kapag nauugnay ang reseta sa agarang kinakailangang pangangalaga
- Kapag nauugnay ang mga reseta na ito sa pangangalaga para sa isang medikal na emergency
- Kung ang saklaw ay limitado sa isang 31-araw na supply maliban kung ang reseta ay para sa mas kaunting bilang ng araw.

Paano ka hihingi ng pagbabalik ng nagastos mula sa plano?

Kung kailangan ninyong gumamit ng parmasyang wala sa network, sa pangkalahatan, kakailanganin ninyong bayaran ang kabuuang halaga sa kapag kinuha ninyo ang inyong reseta. Maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka. (Ipinapaliwanag ng Kabanata 6, Seksyon 2 kung paano hihilingin sa plan na bayaran ka.)

SEKSYON 3 Ang iyong mga gamot ay kailangang nasa Listahan ng Gamot ng plano**Seksyon 3.1 Sinasabi sa Listahan ng Gamot kung aling mga gamot sa Part D ang saklaw**

Ang plano ay may *Listahan ng mga Saklaw na Gamot (Formulary)*. Sa *Evidence of Coverage* na ito, sa **maikling salita, tinatawag namin itong Listahan ng Gamot**.

Ang mga gamot sa listahang ito ay pinili ng plan sa tulong ng isang pangkat ng mga doktor at parmasyutiko. Ang listahan ay nakakatugon sa mga kinakailangan ng Medicare at naaprubahan ng Medicare.

Kabilang sa Listahan ng Gamot ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Bilang karagdagan sa mga gamot na saklaw ng Medicare, ang ilang resetang gamot ay saklaw para sa iyo sa ilalim ng iyong mga benepisyo sa Medicaid. Para sa higit pang impormasyon sa saklaw ng gamot ng Medicaid, dapat kang makipag-ugnayan sa opisina ng Medicaid sa iyong Estado (nakalista ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6).

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D

Sa pangkalahatan, sasaklawin namin ang gamot sa Listahan ng Gamot ng plan hangga't sinusunod mo ang iba pang mga tuntunin sa saklaw na ipinaliwanag sa kabanatang ito at ang gamot ay ginagamit para sa tinatanggap na indikasyon sa medikal. Ang tinatanggap na indikasyon sa medikal ay paggamit ng gamot na *alinman sa*:

- Inaprubahan ng Food and Drug Administration para sa diagnosis o kundisyon kung saan ito inireseta, o
- Sinusuportahan ng ilang partikular na mga sanggunian, gaya ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ang DRUGDEX Information System.

Kabilang sa Listahan ng Gamot ang mga may brand na gamot, generic na gamot, at biyolohikal na produkto (na maaaring kabilang ang mga biosimilar).

Ang isang brand name na gamot ay isang de-resetang gamot na ibinebenta sa ilalim ng isang trademark na pangalan na pag-aari ng tagagawa ng gamot. Ang mga biyolohikal na produkto ay mga gamot na mas kumplikado kaysa sa karaniwang mga gamot. Sa Listahan ng Gamot, kapag tinutukoy namin ang mga gamot, ito ay maaaring mangahulugan ng isang gamot o isang biyolohikal na produkto.

Ang generic na gamot ay isang inireresetang gamot na may parehong aktibong sangkap gaya ng may brand na gamot. Ang mga biyolohikal na produkto ay may mga alternatibo na tinatawag na mga biosimilar. Karaniwan, ang mga generic na gamot at biosimilar ay kasing bisa ng mga may brand na gamot o orihinal na produktong biyolohikal at karaniwang mas mura ang halaga. May mga pamalit na generic na gamot na available para sa maraming may brand na gamot at biosimilar na alternatibo para sa ilang orihinal na produktong biyolohikal. Ang ilang mga biosimilar ay mga maaaring palitan na biosimilar at, depende sa batas ng estado, maaaring palitan para sa orihinal na produktong biyolohikal sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta, gaya ng mga generic na gamot na maaaring palitan para sa mga may brand na gamot.

Tingnan ang Kabanata 11 para sa mga kahulugan ng mga uri ng gamot na maaaring nasa Listahan ng Gamot.

Mga Over-the-Counter na Gamot

Sinasaklaw ng aming plan ang ilang partikular na mga over-the-counter na gamot. Ang ilang mga over-the-counter na gamot ay mas mura kaysa sa mga resetang gamot at mabisa rin. Para higit pang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Ano ang wala sa Listahan ng Gamot?

Hindi sakop ng plano ang lahat ng inireresetang gamot.

- Sa ilang mga kaso, hindi pinapayagan ng batas ang alinmang plano ng Medicare na saklawin ang ilang uri ng gamot. (Para sa karagdagang impormasyon tungkol dito, tingnan ang Seksyon 7.1 sa kabanatang ito.)
- Sa ibang mga kaso, nagpasya kaming huwag isama ang ilang partikular na gamot sa aming Listahan ng Gamot. Sa ilang kaso, maaari kang makakuha ng gamot na wala sa Listahan ng gamot. (Para sa higit pang impormasyon, pakitingnan ang Kabanata 8.)

Seksyon 3.2 Paano mo malalaman kung ang isang partikular na gamot ay nasa “Listahan ng Gamot?”

Mayroon kang 4 na paraan para malaman:

1. Suriin ang pinakabagong Listahan ng Gamot na ibinigay namin sa elektronikong paraan.
2. Bisitahin ang website ng plan (SWHNY.com). Ang Listahan ng Gamot sa aming website ay palaging napapanahon.

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D

3. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung ang ilang partikular na gamot ay nasa aming Listahan ng Gamot o upang humiling ng kopya ng listahan.
4. Gamitin ang “Real-Time Benefit Tool” ng plan na ([Caremark.com](https://www.caremark.com) o sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro). Sa tool na ito, maaari kang maghanap ng mga gamot sa Listahan ng Gamot upang matantya kung ano ang iyong babayaran at kung mayroong mga alternatibong gamot sa Listahan ng Gamot na maaaring makagamot sa parehong kondisyon.

SEKSYON 4 May mga paghihigpit sa saklaw para sa ilang gamot**Seksyon 4.1 Bakit may mga paghihigpit ang ilang gamot?**

Para sa mga partikular na inireresetang gamot, nililimitahan ng mga espesyal na patakaran kung paano at kailan sasaklawin ng aming plano ang mga ito. Isang pangkat ng mga doktor at parmasyutiko ang bumuo ng mga panuntunang ito para hikayatin ka at ang iyong provider na gumamit ng mga gamot sa pinakamabisang paraan. Upang malaman kung ang alinman sa mga paghihigpit na ito ay nalalapad sa gamot na iyong iniinom o nais mong inumin, tingnan ang Listahan ng Gamot. Kung ang isang ligtas, mas murang gamot ay gagana rin sa medikal na paraan tulad ng mas mataas na halaga ng gamot, ang mga patakaran ng plano ay idinisenyo upang hikayatin ka at ang provider mo na gamitin ang opsyong iyon na mas mura.

Tandaan na kung minsan ang isang gamot ay maaaring lumitaw nang higit sa isang beses sa aming Listahan ng Gamot. Ito ay dahil ang parehong mga gamot ay maaaring magkaiba batay sa lakas, dami, o anyo ng gamot na inireseta ng iyong provider ng pangangalaga sa kalusugan, at iba't ibang mga paghihigpit o hatian sa gastos ay maaaring ilapat sa iba't ibang bersyon ng gamot (halimbawa, 10 mg laban sa 100 mg; isa bawat araw kumpara sa dalawa bawat araw; tablet laban sa likido).

Seksyon 4.2 Anong mga uri ng mga paghihigpit?

Ang mga seksyon sa ibaba ay nagsasabi sa iyo ng higit pa tungkol sa mga uri ng paghihigpit na ginagamit namin para sa ilang partikular na gamot.

Kung may espesyal na patakaran para sa inyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na kayo o ang inyong tagapagkaloob ay kailangang gumawa ng mga karagdagang hakbang upang saklawin namin ang gamot. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung ano ang kailangan mong gawin o ng provider mo para makakuha ng saklaw para sa gamot. Kung gusto mong bawiin namin ang paghihigpit para sa iyo, kakailanganin mong gamitin ang proseso ng desisyon sa pagsakop at hilingin sa amin na gumawa ng isang eksepsyon. Maaari kaming sumang-ayon o hindi na bawiin ang paghihigpit para sa iyo. (Tingnan ang Kabanata 8.)

Patiunang pagkuha ng pag-apruba ng plano

Para sa ilang partikular na gamot, kailangan mo o ng provider mo na kumuha ng pag-apruba mula sa plano bago kami sumang-ayon na sakupin ang gamot para sa iyo. Ito ay tinatawag na **paunang awtorisasyon**. Ito ay inilalagay para matiyak ang kaligtasan ng gamot at tumulong sa paggabay sa angkop na paggamit ng ilang partikular na gamot. Kung hindi mo makuha ang pag-apruba na ito, ang gamot mo ay maaaring hindi saklaw ng plano.

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D**Pagsubok muna ng ibang gamot**

Hinihikayat ka ng kinakailangang ito na subukan ang mas mura ngunit karaniwan ay kasing epektibong mga gamot bago saklawin ng plano ang isa pang gamot. Halimbawa, kung gagamutin ng Gamot A at Gamot B ang parehong medikal na kondisyon, at mas mura ang Gamot A kaysa sa Gamot B, puwede naming hilingin sa inyo na subukan muna ang Gamot A. Kung hindi gumagana sa iyo ang Gamot A, sasaklawin ng plano ang Gamot B. Ang kinakailangang ito upang subukan muna ang ibang gamot ay tinatawag na **step therapy**.

Mga limitasyon sa dami

Halimbawa, puwede naming limitahan kung gaano karami ng gamot ang pwedeng makuha ninyo sa tuwing pupunan ninyo ang reseta ninyo. Halimbawa, kung karaniwang itinuturing na ligtas na uminom lamang ng isang tableta bawat araw para sa isang partikular na gamot, maaari naming limitahan ang saklaw para sa reseta mo sa hindi hihigit sa isang tableta bawat araw.

SEKSYON 5 Paano kung ang isa sa mga gamot mo ay hindi sakop sa paraang gusto mo itong masakop?

Seksyon 5.1	May mga bagay na magagawa mo kung ang gamot mo ay hindi saklaw sa paraang gusto mo itong masakop
--------------------	---

May mga sitwasyon kung saan may iniresetang gamot na iniinom mo, o isa na sa tingin mo at ng iyong provider ay dapat mong inumin, na wala sa aming pormularyo o nasa aming pormularyo ngunit may mga paghihigpit. Halimbawa:

- Ang gamot ay maaaring hindi saklaw ng lahat. O baka ang isang generic na bersyon ng gamot ay saklaw ngunit ang may brand na bersyon na gusto mong inumin ay hindi sakop.
- Sakop ang gamot, ngunit may mga karagdagang tuntunin o paghihigpit sa saklaw para sa gamot na iyon, gaya ng ipinaliwanag sa Seksyon 4.
- May mga bagay na magagawa mo kung ang gamot mo ay hindi saklaw sa paraan na gusto mo itong masakop **Kung ang iyong gamot ay wala sa Listahan ng Gamot o kung ang iyong gamot ay pinaghihigpitan, pumunta sa Seksyon 5.2 upang matutunan kung ano ang maaari mong gawin.**

Seksyon 5.2	Ano ang maaari mong gawin kung ang iyong gamot ay wala sa Listahan ng Gamot o kung ang gamot ay pinaghihigpitan sa ilang dahilan?
--------------------	--

Kung ang iyong gamot ay wala sa Listahan ng Gamot o pinaghihigpitan, narito ang mga opsyon:

- Maaari kang makakuha ng pansamantalang supply ng gamot.
- Maaari kang magpalit ng ibang gamot.
- Maaari kang humiling ng **pagbubukod** at hilingin sa plan na saklawin ang gamot o alisin ang mga paghihigpit sa gamot.

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D

Maaari kang makakuha ng pansamantalang supply

Sa ilalim ng ilang mga pangyayari, ang plano ay dapat magbigay ng pansamantalang supply ng isang gamot na iniinom mo na. Ang pansamantalang suplay na ito ay nagbibigay sa iyo ng oras para makipag-usap sa provider mo tungkol sa mga pagbabago

Upang maging karapat-dapat ka para sa pansamantalang suplay, ang gamot na iyong iniinom ay **hindi na dapat nasa Listahan ng Gamot O may mga paghihigpit ngayon sa ilang paraan.**

- **Kung ikaw ay bagong miyembro**, sasaklawin namin ang pansamantalang suplay ng iyong gamot sa unang **90 araw** ng iyong pagiging miyembro ng plan.
- **Kung ay nasa plano ka noong nakaraang taon**, sasakupin namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot sa unang **90 araw** ng taon ng kalendaryo.
- Ang pansamantalang supply na ito ay para sa maximum na 31-araw na supply. Kung ang inireseta sa inyo ay para sa mas kaunting bilang ng araw, papayagan namin ang maraming refill upang magbigay ng hanggang sa maximum na 31 araw ng gamot. Minsan dapat mapunan ang mga reseta sa isang espesyal na parmasya. (Pakitandaan na ang parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ay puwedeng magbigay ng gamot sa mas maliliit na halaga sa isang pagkakataon para maiwasan ang pag-aaksaya.)
- **Kayo ay nasa aming plano nang higit sa 90 araw at nakatira sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at nangangailangan kaagad ng supply:**

Sasaklawin namin ang isang 31 araw na supply, o mas kaunti kung ang inyong reseta ay para sa mas kaunting bilang ng araw. Bukod pa ito sa pansamantalang supply sa itaas.

- Kung ikaw ay bagong residente ng pasilidad ng LTC at nakatala sa aming plano nang higit sa 90 araw at nangangailangan ng gamot na wala sa aming pormularyo o napapailalim sa iba pang paghihigpit, gaya ng step therapy o mga limitasyon sa dami (mga limitasyon sa dosis), sasakupin namin ang pansamantalang 31-araw na pang-emergency na supply ng gamot na iyon (maliban kung ang reseta ay para sa mas kaunting araw) habang ang miyembro ay nagpapatuloy ng isang pagbubukod sa pormularyo. Available ang mga eksepsiyon sa mga sitwasyon kung saan nakakaranas ka ng pagbabago sa antas ng pangangalaga na natatanggap mo na nangangailangan din sa iyo na lumipat mula sa isang pasilidad o sentro ng paggamot patungo sa isa pa. Sa ganitong mga pagkakataon, magiging kwalipikado ka para sa pansamantalang, isang beses na eksepsiyon sa pagpuno kahit na ikaw ay nasa labas ng unang 90 araw bilang miyembro ng plano. Pakitandaang nalalapat lang ang aming patakaran sa pag-transition sa mga "Bahagi D" na gamot na binili sa isang parmasyang nasa network. Hindi maaaring gamitin ang patakaran sa pag-transition upang bumili ng hindi Bahagi D na gamot o ng gamot na wala sa network, maliban na lang kung magiging kwalipikado kayo para sa access sa wala sa network.

Para sa mga tanong tungkol sa pansamantalang supply, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Sa panahon na gumagamit ka ng pansamantalang suplay ng gamot, dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang magpasya kung ano ang gagawin kapag naubos ang pansamantalang suplay mo. Mayroon kang dalawang opsyon:

1) Maaari kang magpalit ng ibang gamot

Makipag-usap sa provider mo tungkol sa kung mayroong ibang gamot na sakop ng plano na maaaring gumana nang maayos para sa iyo. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para humingi ng listahan ng mga gamot na sinasaklaw namin sa paggamot sa parehong kondisyong medikal. Matutulungan ng listahang ito ang inyong provider na maghanap ng saklaw na gamot na posibleng mabisa para sa inyo.

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D**2) Maaari kang humingi ng eksepsiyon**

Ikaw at ang iyong provider ay maaaring humiling sa plan na gumawa ng pagbubukod at saklawin ang gamot sa paraang nais mo. Kung sinabi ng iyong provider na mayroon kang mga medikal na dahilan na nagbibigay-katwiran sa paghiling ng aming eksepsiyon, matutulungan ka ng iyong provider na humiling ng eksepsiyon. Halimbawa, maaari mong hilingin sa plan na saklawin ang isang gamot kahit na wala ito sa Listahan ng Gamot ng plan. O maaari mong hilingin sa plano na gumawa ng eksepsiyon at saklawin ang gamot nang walang mga paghihigpit.

Kung ikaw ay kasalukuyang miyembro at ang gamot na iniinom mo ay aalisin sa pormularyo o paghihigpitan sa ilang paraan para sa susunod na taon, sasabihin namin sa iyo ang tungkol sa anumang pagbabago bago pa man ang bagong taon. Puwede kayong humiling ng eksepsiyon bago sumapit ang susunod na taon at magbibigay kami sa inyo ng sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang inyong kahilingan (o ang pahayag ng suporta ng inyong tagapagreseta). Kung aaprubahan namin ang kahilingan mo, papahintulutan namin ang saklaw bago magkabisa ang pagbabago.

Kung gusto mo at ng provider mo na humingi ng eksepsiyon, sasabihin sa iyo ng Kabanata 8, Seksyon 7.4 kung ano ang gagawin. Ipinapaliwanag nito ang mga pamamaraan at mga deadline na itinakda ng Medicare para matiyak na ang kahilingan mo ay mahawakan kaagad at patas.

SEKSYON 6 Paano kung magbago ang iyong saklaw para sa isa sa mga gamot mo?

Seksyon 6.1 Maaaring magbago ang Listahan ng Gamot sa buong taon

Karamihan sa mga pagbabago sa saklaw ng gamot ay nangyayari sa simula ng bawat taon (Enero 1). Gayunpaman, sa panahon ng taon, ang plano ay puwedeng gumawa ng ilang mga pagbabago sa "Listahan ng Gamot." Halimbawa, ang plano ay maaaring:

- **Magdagdag o mag-alis ng mga gamot mula sa Listahan ng Gamot.**
- **Magdagdag o mag-alis ng paghihigpit sa saklaw para sa isang gamot.**
- **Palitan ang isang may brand na gamot ng isang generic na bersyon ng gamot.**
- **Palitan ang orihinal na produktong biyolohikal ng isang napapalitang biosimilar na bersyon ng biyolohikal na produkto.**

Dapat nating sundin ang mga kinakailangan ng Medicare bago natin baguhin ang Listahan ng Gamot ng plan.

Tingnan ang Kabanata 11 para sa mga kahulugan ng mga uri ng gamot na tinalakay sa kabanatang ito.

Seksyon 6.2 Ano ang mangyayari kung magbago ang saklaw para sa gamot na iniinom mo?**Impormasyon sa mga pagbabago sa saklaw ng gamot**

Kapag nagkaroon ng mga pagbabago sa Listahan ng Gamot, pino-post namin ang impormasyon sa aming website tungkol sa mga pagbabagong iyon. Regular din naming ina-update ang aming online na Listahan ng Gamot. Naglalarawan ang seksyon na ito ng mga uri ng pagbabago na maaari naming gawin sa Listahan ng Gamot at kung kailan mo matatanggap ang direktang abiso kung may mga pagbabago sa gamot na iyong iniinom.

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D**Mga pagbabagong maaari naming gawin sa Listahan ng Gamot na makakaapekto sa iyo sa kasalukuyang taon ng plan**

- **Nagdaragdag ng mga bagong gamot sa Listahan ng Gamot at agad na nagtatanggal o gumagawa ng mga pagbabago sa isang kagayang gamot sa Listahan ng Gamot.**
 - Kapag nagdaragdag ng bagong bersyon ng isang gamot sa Listahan ng Gamot, maaari naming alisin kaagad ang isang kagayang gamot mula sa Listahan ng Gamot, ilipat ang kagayang gamot sa ibang antas ng bahagi sa gastos, magdagdag ng mga bagong paghihigpit, o pareho. Ang bagong bersyon ng gamot ay nasa pareho o mas mababang antas ng bahagi sa gastos at may pareho o mas kaunting mga paghihigpit.
 - Gagawin lang namin ang mga agarang pagbabagong ito kung magdaragdag kami ng bagong generic na bersyon ng may brand na gamot o magdaragdag ng ilang partikular na bagong biosimilar na bersyon ng orihinal na produktong biyolohikal na nasa Listahan ng Gamot.
 - Maaari naming gawin agad ang mga pagbabagong ito at sabihin sa iyo sa ibang pagkakataon, kahit umiinom ka ng gamot na aming tinatanggal o binabago Kung ikaw ay umiinom ng katulad na gamot sa oras na gawin namin ang pagbabago, ipapaalam namin sa iyo ang anumang partikular na pagbabago na aming ginawa.
- **Pagdaragdag ng mga gamot sa Listahan ng Gamot at pag-aalis o paggawa ng mga pagbabago sa isang katulad na gamot sa Listahan ng Gamot na may paunang abiso.**
 - Kapag nagdaragdag ng isa pang bersyon ng isang gamot sa Listahan ng Gamot, maaari naming alisin ang isang kagayang gamot mula sa Listahan ng Gamot, ilipat ito sa ibang antas ng bahagi sa gastos, magdagdag ng mga bagong paghihigpit, o pareho. Ang bersyon ng gamot na idaragdag namin ay nasa pareho o mas mababang antas ng bahagi sa gastos at may pareho o mas kaunting mga paghihigpit.
 - Gagawin lamang namin ang mga pagbabagong ito kung magdaragdag kami ng bagong generic na bersyon ng isang pangalan ng brand na gamot o magdaragdag ng ilang bagong biosimilar na bersyon ng isang orihinal na produktong biyolohikal na nasa Listahan ng Gamot
 - Sasabihin namin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang pagbabago, o sabihin sa iyo ang tungkol sa pagbabago at saklawin ang 31-araw na pagkumpleto ng bersyon ng gamot na iniinom mo.
- **Pagtanggal ng mga hindi ligtas na gamot at iba pang gamot sa Listahan ng Gamot na tinanggal mula sa merkado.**
 - Minsan ang isang gamot ay maaaring ituring na hindi ligtas o alisin sa merkado para sa ibang dahilan. Kung mangyari ito, maaari naming alisin kaagad ang gamot sa Listahan ng Gamot. Kung iniinom mo ang gamot na iyon, sasabihin namin sa iyo pagkatapos na gawin namin ang pagbabago.
- **Paggawa ng iba pang pagbabago sa mga gamot sa Listahan ng Gamot**
 - Maaari kaming gumawa ng iba pang pagbabago kapag nagsimula na ang taon na makakaapekto sa mga gamot na iniinom mo. Halimbawa, nagbabase kami sa mga babala sa kahon ng FDA o mga bagong klinikal na alituntunin na kinikilala ng Medicare.
 - Sasabihin namin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang mga pagbabagong ito, o sabihin sa iyo ang tungkol sa pagbabago at saklawin ang karagdagang 31-araw na pagkumpleto ng gamot na iniinom mo.

Kung gagawin namin ang alinman sa mga pagbabagong ito sa alinman sa mga gamot na iniinom mo, makipag-usap sa iyong tagareseta tungkol sa mga pinakamahusay na opsyon na para sa iyo, kabilang ang pagpapalit sa ibang gamot upang gamutin ang iyong kondisyon, o paghiling ng desisyon sa saklaw upang matugunan ang anumang

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D

bagong mga paghihigpit sa iniinom mong gamot. Ikaw o ang iyong tagareseta ay maaaring humiling sa amin ng pagbubukod upang maipagpatuloy ang pagsaklaw sa gamot o bersyon ng gamot na iyong iniinom. Para sa higit pang impormasyon kung paano humingi ng desisyon ng saklaw, kasama ang pagbubukod, tingnan ang Kabanata 9.

Mga pagbabago sa Listahan ng Gamot na hindi makakaapekto sa iyo sa kasalukuyang taon ng plan

Maaari kaming gumawa ng ilang partikular na pagbabago sa Listahan ng Gamot na hindi nailarawan sa itaas. Sa mga kasong ito, ang pagbabago ay hindi mailalapat sa iyo kung umiinom ka ng gamot kapag ginawa ang pagbabago; gayunpaman, ang mga pagbabagong ito ay malamang na makakaapekto sa iyo simula Enero 1 ng susunod na taon ng plano kung mananatili ka sa parehong plano.

Sa pangkalahatan, ang mga pagbabagong hindi makakaapekto sa iyo sa kasalukuyang taon ng plano ay:

- Naglagay kami ng bagong paghihigpit sa paggamit ng gamot mo.
- Inalis namin ang iyong gamot sa Listahan ng Gamot.

Kung nangyari ang alinman sa mga pagbabagong ito sa isang gamot na iniinom mo (maliban sa pagbawi sa merkado, isang generic na gamot na pinapalitan ang isang may brand na gamot, o iba pang pagbabagong nakasaad sa mga seksyon sa itaas), ang pagbabago ay hindi makakaapekto sa paggamit mo o kung ano ang babayaran mo bilang parte mo sa gastos hanggang Enero 1 ng susunod na taon.

Hindi namin direktang sasabihin sa iyo ang tungkol sa mga ganitong uri ng pagbabago sa kasalukuyang taon ng plano. Kakailanganin mong suriin ang Listahan ng Gamot para sa susunod na taon ng plan (kapag available ang listahan sa panahon ng pagpapatala) upang makita kung may mga pagbabago sa mga gamot na iyong iniinom na makakaapekto sa iyo sa susunod na taon ng plan.

SEKSYON 7 Anong mga uri ng gamot ang *hindi* sakop ng plano?

Seksyon 7.1 Mga uri ng gamot na hindi namin sinasaklaw

Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung anong mga uri ng mga inireresetang gamot ang hindi kasama. Ang ibig sabihin nito ay hindi nagbabayad ang Medicare para sa mga gamot na ito.

Kung mag-apela ka at ang hiniling na gamot ay napag-alamang hindi kasama sa ilalim ng Part D, babayaran o sasakupin namin ito. (Para sa impormasyon tungkol sa pag-apela ng desisyon, pumunta sa Kabanata 8.) Kung ang gamot na ibinukod ng aming plano ay hindi rin kasama ng Medicaid, dapat mo itong bayaran mismo.

Narito ang tatlong pangkalahatang tuntunin tungkol sa mga gamot na hindi saklaw ng mga plano sa gamot ng Medicare sa ilalim ng Part D:

- Ang saklaw ng Part D na gamot ng aming plano ay hindi maaaring sumaklaw sa isang gamot na sasaklawin sa ilalim ng Medicare Part A o Part B.
- Hindi maaaring saklawin ng aming plano ang isang gamot na binili sa labas ng United States at mga teritoryo nito.

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D

- Karaniwan sa aming plan ay hindi saklaw *walang label* na paggamit ng gamot kapag ang paggamit ay sinusuportahan ng ilang partikular na sanggunian tulad ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ang Micromedex DRUGDEX Information System. Ang paggamit nang wala sa label ay anumang paggamit ng gamot maliban sa mga nakasaad sa label ng gamot na aprubado ng Food and Drug Administration.

Bilang karagdagan, ayon sa batas, ang mga sumusunod na kategorya ng mga gamot na nakalista sa ibaba ay hindi sakop ng Medicare. Gayunpaman, ang ilan sa mga gamot na ito ay maaaring sakupin para sa iyo sa ilalim ng iyong saklaw ng Medicaid na gamot. Para sa karagdagang impormasyon sa saklaw ng gamot ng Medicaid, dapat kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa opisina ng Medicaid sa iyong Estado (nakalista ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6).

- Mga gamot na hindi inireseta (tinatawag ding mga walang reseta na gamot)
 - Mga gamot na ginagamit para itaguyod ang pertilidad
 - Mga gamot na ginagamit para mapawi ang mga sintomas ng ubo o sipon*
 - Mga gamot na ginagamit para sa mga layuning kosmetiko o para itaguyod ang pagtubo ng buhok
 - Mga de-resetang bitamina at mineral na produkto, maliban sa prenatal na bitamina at mga paghahanda ng fluoride*
 - Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng sekswal o erectile dysfunction
 - Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng anorexia, pagpababa ng timbang o pagpataas ng timbang*
 - Mga gamot sa outpatient kung saan hinahangad ng manufacturer na hilingin na ang mga nauugnay na pagsusuri o serbisyo sa pagsubaybay ay bilhin lamang mula sa manufacturer bilang kondisyon ng pagbebenta

SEKSYON 8 Pagpunan ng reseta**Seksyon 8.1 Ibigay ang impormasyon ng iyong pagiging miyembro**

Para punan ang iyong reseta, ibigay ang impormasyon ng pagiging miyembro sa iyong plan, na makikita sa iyong membership card, sa network na parmasya na pinili mo. Awtomatikong sisingilin ng parmasya sa network ang plano para sa iyong gamot.

Dapat mong ipakita ang iyong New York ID card ng miyembro sa plano ng Medicaid upang punan ang mga reseta na sakop ng Medicaid.

Seksyon 8.2 Paano kung wala sa iyo ang impormasyon sa pagiging miyembro mo?

Kung wala sa iyo ang impormasyon sa pagiging miyembro sa iyong plan kapag pinunan mo ang iyong reseta, ikaw o ang parmasya ay maaaring tumawag sa plano para makuha ang kinakailangang impormasyon, o maaari mong hilingin sa parmasya na hanapin ang impormasyon mo sa pagpapatala ng plano.

Kung hindi makukuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, **maaaring kailanganin ninyong bayaran ang kabuuang halaga ng reseta sa oras na kunin ninyo ito.** (Maaari mo ding **hilingin sa amin na bayaran ka.**

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D

Tingnan ang Kabanata 6, Seksyon 2 para sa impormasyon tungkol sa kung paano humingi ng pagsasauli ng nabayaran sa plano.)

SEKSYON 9 Saklaw ng gamot sa Part D sa mga espesyal na sitwasyon**Seksyon 9.1 Paano kung ikaw ay nasa ospital o isang pasilidad ng sinanay na pag-aalaga para sa isang pananatili na saklaw ng plano?**

Kung kayo ay na-admit sa isang ospital o dalubhasang pasilidad ng pag-aalaga para sa isang pananatili na sinasaklaw ng aming plano, karaniwang sinasaklaw namin ang halaga ng inyong mga inireresetang gamot sa panahon ng inyong pananatili. Sa oras na umalis kayo sa ospital o dalubhasang pasilidad ng pag-aalaga, sasaklawin namin ang inyong mga gamot basta't nakakatugon ang mga ito sa lahat ng aming panuntunan para sa saklaw.

Seksyon 9.2 Paano kung ikaw ay residente sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (long-term care (LTC))?

Karaniwan, ang isang long-term care (LTC) na pasilidad (tulad ng isang nursing home) ay may sariling parmasya o gumagamit ng parmasya na nagsusuplay ng mga gamot para sa lahat ng residente nito. Kung residente ka ng isang pasilidad ng LTC, maaari mong makuha ang mga inireresetang gamot mo sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad o ang ginagamit nito, hangga't ito ay bahagi ng aming network.

Tingnan ang iyong *Direktoryo ng Provider/Parmasya* SWHNY.com upang malaman kung ang parmasya ng iyong pasilidad ng LTC o ang ginagamit nito ay bahagi ng aming network. Kung hindi, o kailangan ninyo ng karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Kung ikaw ay nasa isang pasilidad ng LTC, dapat naming tiyakin na palagi mong matatanggap ang mga benepisyo mo sa Part D sa pamamagitan ng aming network ng mga parmasya ng LTC.

Paano kung pasyente ka sa isang pasilidad ng long-term care (LTC) at nangangailangan ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o pinaghihigpitan sa ilang dahilan?

Mangyaring sumangguni sa Seksyon 5.2 tungkol sa isang pansamantala o emergency na supply.

Seksyon 9.3 Paano kung nakakakuha ka rin ng saklaw na gamot mula sa isang plan ng employer o grupo ng mga retirado?**Seksyon 9.4 Paano kung ikaw ay nasa hospisyo na sertipikado ng Medicare?**

Ang hospisyo at ang aming plano ay hindi sumasakop sa parehong gamot sa parehong oras. Kung nakatala ka sa hospisyo ng Medicare at nangangailangan ng ilang partikular na gamot (hal., mga gamot na panlaban sa pagduduwal, mga panunaw, gamot sa pananakit o mga gamot na panlaban sa pagkabalisa) na hindi sakop ng hospisyo mo dahil wala itong kaugnayan sa nakamamatay mong sakit at mga nauugnay na kondisyon, ang aming plano dapat makatanggap ng abiso mula sa nagrereseta o sa iyong provider ng hospisyo na ang gamot ay walang kaugnayan bago masakop ng aming plano ang gamot. Para maiwasan ang mga pagkaantala sa pagtanggap ng mga gamot na

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D

ito na dapat saklawin ng aming plano, hilingin sa iyong provider ng hospisyo o tagareseta na magbigay ng abiso bago mapunan ang iyong reseta.

Kung sakaling bawiin mo ang paghahalal sa iyo sa hospisyo o mapalabas ka mula sa hospisyo, dapat saklawin ng aming plano ang mga gamot mo gaya ng ipinaliwanag sa dokumentong ito. Upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa isang parmasya sa oras na matapos ang inyong benepisyo sa hospisyo ng Medicare, magdala ng dokumentasyon sa parmasya upang mapatunayang wala na kayo sa hospisyo.

SEKSYON 10 Mga programa para sa kaligtasan sa droga at pamamahala ng mga gamot

Seksyon 10.1 Mga programang makakatulong sa inyong ligtas na gumamit ng mga gamot

Nagsasagawa kami ng mga pagsusuri sa paggamit ng droga para sa aming mga miyembro para makatulong na matiyak na nakakakuha sila ng ligtas at naaangkop na pangangalaga.

Magbabayad kayo ng copay sa tuwing kukuha kayo ng inireresetang gamot. Regular din naming sinusuri ang aming mga rekord. Sa panahon ng mga pagsusuring ito, naghahanap kami ng mga potensyal na problema gaya ng:

- Posibleng mga error sa gamot
- Mga gamot na maaaring hindi kailangan dahil umiinom ka ng isa pang kagayang gamot upang gamutin ang parehong kondisyon
- Mga gamot na maaaring hindi ligtas o angkop dahil sa edad o kasarian mo
- Ang ilang partikular na kumbinasyon ng mga gamot na maaaring makapinsala sa iyo kung iniinom nang sabay
- Mga reseta para sa mga gamot na may mga sangkap na allergic ka
- Mga posibleng pagkakamali sa dami (dosis) ng gamot na iniinom mo
- Hindi ligtas na dami ng mga gamot sa pananakit ng opioid

Kung may makita kaming posibleng problema sa paggamit ninyo ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa inyong tagapagkaloob upang itama ang problema.

Seksyon 10.2 Programa sa Pamamahala ng Droga (Drug Management Program, DMP) upang tulungan ang mga miyembro na ligtas na gamitin ang kanilang mga opioid na gamot

Isang programa na tumutulong na tiyaking ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga de-resetang opioid at iba pang madalas na inaabusong mga gamot. Tinatawag ang programang ito na Programa sa Pamamahala ng Gamot o Drug Management Program (DMP). Kung gumagamit ka ng mga opioid na gamot na nakukuha mula sa iba't ibang mga tagareseta o parmasya, o kung nagkaroon ka ng kamakailang labis na dosis sa opioid, maaari kaming makipag-usap sa mga tagareseta upang matiyak na ang iyong paggamit ng opioid na gamot ay naaangkop at medikal na kinakailangan. Sa pakikipagtulungan sa iyong mga tagareseta, kung magpasya kami na hindi ligtas ang paggamit mo ng mga reseta ng opioid o benzodiazepine na gamot, maaari naming limitahan ang iyong pagkuha ng mga gamot na iyon. Kung ilalagay ka namin sa aming DMP, ang mga limitasyon ay maaaring:

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D

- Nangangailangan sa iyo na kunin ang lahat ng mga reseta mo para sa mga gamot na opioid o benzodiazepine mula sa partikular na (mga) parmasya
- Kailangang kunin mo ang lahat ng iyong reseta para sa mga opioid o benzodiazepine na gamot mula sa partikular na (mga) tagareseta
- Paglilimita ng dami ng mga gamot na sasaklawin namin para sa inyo

Kung plano naming limitahan kung paano mo makukuha ang mga gamot na ito o kung ilan ang makukuha mo, padadalhan ka namin ng sulat nang maaga. Sasabihin sa iyo ng liham kung lilimitahan namin ang saklaw ng mga gamot na ito para sa iyo, o kung kakailanganin mo lang na kunin ang mga reseta para sa mga gamot na ito mula sa espesipikong tagapagreseta o parmasya. Magkakaroon kayo ng pagkakataong sabihin sa amin kung aling mga tagareseta o parmasya ang gusto ninyong gamitin, at anumang impormasyon na sa tingin ninyo ay mahalagang malaman namin. Pagkatapos mong magkaroon ng pagkakataong tumugon, kung magpasya kaming limitahan ang saklaw mo para sa mga gamot na ito, magpapadala kami sa iyo ng isa pang liham na nagkukumpirma ng limitasyon. Kung sa tingin mo ay nagkamali kami o hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon o sa limitasyon, ikaw at ang iyong tagareseta ay may karapatang umapela. Kung maghahain kayo ng apela, susuriin namin ang inyong kaso at bibigyan kayo ng nakasulat na pasya. Kung patuloy naming tatanggihan ang anumang bahagi ng kahilingan mo na nauugnay sa mga limitasyon na nalalapat sa iyong access sa mga gamot, awtomatiko naming ipapadala ang kaso mo sa isang independiyenteng tagasuri sa labas ng aming plano. Tingnan ang Kabanata 9 para sa impormasyon tungkol sa kung paano humingi ng apela.

Hindi ka ilalagay sa aming DMP kung mayroon kang ilang partikular na medikal na kondisyon, tulad ng aktibong sakit na nauugnay sa kanser o sakit sa sickle cell, tumatanggap ka ng hospisyo, pampakalma, o huling-buhay na pangangalaga, o nakatira sa isang long-term care na pasilidad.

Seksyon 10.3 Pamamahala ng Therapy ng Gamot (Medication Therapy Management, MTM) na programa upang tulungan ang mga miyembro na pamahalaan ang kanilang mga gamot

Mayroon kaming programa na makakatulong sa aming mga miyembro na may mga kumplikadong pangangailangan sa kalusugan. Ang aming programa ay tinatawag na Medication Therapy Management (MTM) o Pamamahala ng Therapy ng Gamot. Boluntaryo at libre ang programang ito. Isang pangkat ng mga parmasyutiko at doktor ang bumuo ng programa para sa amin upang makatulong na matiyak na ang aming mga miyembro ay makakakuha ng pinakamaraming benepisyo mula sa mga gamot na kanilang iniinom.

Ang ilang mga miyembro na may mga partikular na malubhang sakit at umiinom ng mga gamot na lumalampas sa espesipikong halaga ng gastos sa gamot, o nasa isang DMP upang matulungan ang mga miyembro na gamitin ang kanilang mga opioid nang ligtas, ay maaaring makakuha ng mga serbisyo sa pamamagitan ng programa ng MTM. Kung kwalipikado ka para sa programa, bibigyan ka ng parmasyutiko o iba pang propesyonal sa kalusugan ng komprehensibong pagsusuri sa lahat ng mga gamot mo. Sa panahon ng pagsusuri, maaari mong pag-usapan ang mga gamot mo, ang iyong mga gastos, at anumang mga problema o tanong mo tungkol sa mga reseta mo at walang reseta na gamot. Makakakuha ka ng nakasulat na buod na may inirerekumendang listahan ng dapat gawin na kinabibilangan ng mga hakbang na dapat mong gawin para makuha ang pinakamahusay na mga resulta mula sa mga gamot mo. Isang listahan ng personal na gamot na kinabibilangan ng lahat ng mga gamot na ginagamit ninyo, kung gaano karami ang ginagamit ninyo mo, at kailan, at bakit ninyo ginagamit ang mga ito. Bilang karagdagan, ang mga miyembro sa programa ng MTM ay makakatanggap ng impormasyon tungkol sa ligtas na pagtatapon ng mga iniresetang gamot na kinokontrol na mga sangkap.

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D

Magandang ideya na makipag-usap sa doktor ninyo tungkol sa plano sa pagkilos at listahan ng gamot ninyo. Dalhin ang inyong plano ng pagkilos at listahan ng gamot sa inyong pagbisita o anumang oras na makikipag-usap kayo sa inyong mga doktor, parmasista, at iba pang mga tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan. Gayundin, panatilihin ang napapanahon at nasa iyo ang listahan ng gamot mo (halimbawa, kasama ang iyong ID) kung sakaling pumunta ka sa ospital o emergency room.

Kung mayroon kaming programang nababagay sa inyong mga pangangailangan, itatala namin kayo sa programa at padadalhan kayo ng impormasyon. Kung magpasya kang huwag lumahok, paki-abisuhan kami at aalisin ka namin. Kung mayroon kayong anumang mga katanungan tungkol sa mga programang ito, mangyaring makipag-ugnayan sa mga Serbisyo para sa Miyembro o sa inyong Tagapamahala ng Kaso.

SEKSYON 11 Magpapadala kami sa iyo ng mga ulat na nagpapaliwanag ng mga pagbabayad para sa mga gamot mo at kung saang yugto ng pagbabayad ka naroroon

Seksyon 11.1 Padadalhan ka namin ng buwanang buod na tinatawag na *Mga Part D Explanation of Benefit* (ang Part D, EOB)

Sinusubaybayan ng aming plano ang mga gastos ng mga inireresetang gamot sa iyo at ang mga pagbabayad na ginawa mo kapag napunan o na-refill ang iyong mga reseta sa parmacya. Sa ganitong paraan, masasabi namin sa iyo kapag lumipat ka na mula sa isang yugto ng pagbabayad ng gamot patungo sa susunod. Sa partikular, mayroong dalawang uri ng mga gastos na sinusubaybayan namin:

- Sinusubaybayan namin kung magkano ang binayaran mo. Ito ay tinatawag na iyong **Mga Mula sa Bulsang Gastos**.
- Sinusubaybayan namin ang iyong **Kabuuang Gastos sa Gamot**. Ito ang halagang binabayaran mo mula sa bulsa o binabayaran ng iba para sa iyo kasama ang halagang binayaran ng plano.

Kung mayroon kang isa o higit pang mga reseta na napunan sa pamamagitan ng plano noong nakaraang buwan, padadalhan ka namin ng Part D EOB. Kabilang sa Parte D EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan na iyon.** Ibinibigay ng ulat na ito ang mga detalye ng pagbabayad tungkol sa mga reseta na napunan mo noong nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga halaga ng gamot, kung ano ang binayaran namin, at kung ano ang binayaran mo at binayaran ng iba na nagbabayad para sa inyo.
- **Mga kabuuan para sa taon mula noong Enero 1.** Ito ay tinatawag na taon hanggang sa kasalukuyan na impormasyon. Ipinapakita nito ang kabuuang halaga ng gamot at kabuuang bayad para sa mga gamot mo mula noong nagsimula ang taon.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot.** Ipapakita ng impormasyong ito ang kabuuang presyo ng gamot, at impormasyon tungkol sa pagtaas ng presyo mula sa unang pagpuno para sa bawat claim sa reseta ng parehong dami.
- **Available na mga alternatibong reseta na mas mura.** Kabilang dito ang impormasyon tungkol sa iba pang available na mga gamot na may mas mababang hatian sa gastos para sa bawat claim sa reseta.

Kabanata 5: Gamit ang saklaw ng plano para sa mga iniresetang gamot sa Part D**Seksyon 11.2 Tulungan kaming panatilihin ang aming impormasyon tungkol sa mga pagbabayad mo sa gamot**

Para subaybayan ang mga gastos ninyo sa gamot at ang mga pagbabayad na ginawa ninyo, ginagamit namin ang mga talaan na nakuha namin mula sa inyo at mula sa parmasya ninyo. Narito kung paano mo kami matutulungan na panatilihin tama at napapanahon ang impormasyon mo:

- **Ipakita ang iyong membership card sa tuwing kukuha ka ng reseta.** Nakakatulong ito sa amin na tiyaking alam namin ang tungkol sa mga reseta na pinupunan mo at kung ano ang binabayaran mo.
- **Tiyakin na taglay namin ang impormasyon na kailangan namin.** May mga pagkakataon na maaari mong bayaran ang buong halaga ng isang iniresetang gamot. Sa mga kasong ito, hindi namin awtomatikong makukuha ang impormasyon na kailangan namin para masubaybayan ang mga gastos mo na mula sa bulsa. Para matulungan kaming subaybayan ang iyong mula sa bulsang mga gastos, bigyan kami ng mga kopya ng mga resibo mo. Narito ang mga halimbawa kung kailan mo kami dapat bigyan ng mga kopya ng iyong mga resibo ng gamot:
 - Kapag bumili kayo ng saklaw na gamot sa isang parmasya ng network sa espesyal na presyo o gumamit ng card ng dikwento na hindi bahagi ng benepisyo ng plano namin
 - Kapag nagbabayad kayo ng copay para sa mga gamot na nakukuha ninyo sa ilalim ng programa ng tulong sa pasyente ng isang gumagawa ng gamot
 - Anumang oras na bumili ka ng mga sakop na gamot sa mga parmasya na wala sa network o sa ibang pagkakataon na binayaran mo ang buong presyo para sa isang sakop na gamot sa ilalim ng mga espesyal na pangyayari

Kung sinisingil ka para sa isang sakop na gamot, maaari mong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi sa gastos. Para sa mga tagubilin kung paano ito gagawin, pumunta sa Kabanata 6, Seksyon 2.

- **Padalhan kami ng impormasyon tungkol sa mga binayaran ng mga ibang tao para sa inyo.** Ang mga binayaran ng ilang tao at organisasyon ay nabibilang din tungo sa inyong mga gastos mula sa bulsa. Halimbawa, ang mga pagbabayad na ginawa ng isang AIDS drug assistance program (ADAP), ang Serbisyon Pangkalusugan ng India, at sa mga charity ay binibilang sa mula sa sariling gastos ninyo. Panatilihin ang isang talaan ng mga pagbabayad na ito at ipadala ang mga ito sa amin para masubaybayan namin ang mga gastos mo.
- **Suriin ang mga EOB na ipinadala namin sa inyo.** Kapag natanggap mo ang Part D EOB, tingnan ito upang matiyak na kumpleto at tama ang impormasyon. Kung sa tingin mo ay may kulang o mayroon kang anumang katanungan, pakitawagan kami sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Maaaring ma-access ng mga miyembro ng plano ang kanilang mga EOB online sa [Caremark.com](https://www.caremark.com). Tiyaking panatilihin ang mga ulat na ito.

KABANATA 6:

Paghiling sa amin na magbayad ng singilin na natanggap mo para sa mga sakop na medikal na serbisyo o gamot

Kabanata 6: Paghiling sa amin na magbayad ng singilin na natanggap mo para sa mga sakop na medikal na serbisyo o gamot**SEKSYON 1 Mga sitwasyon kung saan dapat mong hilingin sa amin na bayaran ang mga sakop mong serbisyo o gamot**

Direktang sinisingil ng aming mga provider ng network ang plano para sa iyong mga sakop na serbisyo at gamot – hindi ka dapat tumanggap ng pagsingil para sa mga sakop na serbisyo o gamot. Kung makakakuha ka ng pagsingil para sa medikal na pangangalaga o mga gamot na natanggap mo, dapat mong ipadala ang singil na ito sa amin upang mabayaran namin ito. Kapag ipinadala mo sa amin ang bayarin, susuriin namin ang bayarin at magpapasya kung dapat saklawin ang mga serbisyo. Kung dapat mabayaran ang provider, babayaran namin sila nang direkta.

Kung nagbayad ka na para sa serbisyo ng Medicare o bagay na sakop ng plano, maaari mong hilingin sa aming plano na bayaran ka (ang pagbabayad sa iyo ay madalas na tinatawag na **pagbabalik ng bayad** sa iyo). Karapatan mong maibalik sa iyo ng aming plano sa tuwing nagbayad ka para sa mga medikal na serbisyo o gamot na saklaw ng aming plano. Maaaring may mga deadline na dapat mong matugunan upang mabayaran. Pakitingnan ang Seksyon 2 ng kabanatang ito. Kapag ipinadal mo sa amin ng bayarin na nabayaran mo na, titingnan namin ang bayarin at magpapasya kung ang mga serbisyo o gamot ay dapat sakupin. Kung magpasya kaming dapat silang sakupin, babayaran ka namin para sa mga serbisyo o gamot.

Maaaring may mga pagkakataon din na nakakakuha ka ng bayarin mula sa isang provider para sa buong halaga ng medikal na pangangalaga na natanggap mo o posibleng higit pa sa parte mo sa bahagi sa gastos gaya ng tinalakay sa dokumento. Subukan munang lutasin ang pagsingil sa provider. Kung hindi iyon gumana, ipadala sa amin ang bayarin sa halip na bayaran ito. Titingnan namin ang bayarin at magpapasya kung dapat saklawin ang mga serbisyo. Kung dapat mabayaran ang provider, babayaran namin sila nang direkta. Kung magpasya kaming hindi bayaran ito, aabisuhan namin ang provider. Hindi ka dapat magbayad nang higit pa sa pinahihintulutang hatian sa gastos. Kung ang provider na ito ay kinontrata, mayroon ka pa ring karapatan sa paggamot.

Narito ang mga halimbawa ng mga pagkakataon na kailangan ninyong hilinging ibalik namin ang ibinayad ninyo o bayaran ang bill na natanggap ninyo:

1. Kapag nakatanggap ka ng emergency o agarang kinakailangang medikal na pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network ng aming plano

Maaari kang makatanggap ng mga serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangan mula sa alinmang provider, bahagi man ng aming network ang provider o hindi. Sa mga kasong ito, hilingin sa provider na singilin ang plano.

- Kung babayaran ninyo ang buong halaga kapag natanggap ninyo ang pangangalaga, hilingin sa amin na bayaran kayo pabalik. Ipadala sa amin ang inyong singilin at katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.
- Maaari kayong makatanggap ng bill mula sa tagapagkaloob na humihingi ng bayad na sa tingin ninyo ay hindi ninyo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang bayarin na ito, kasama ang dokumentasyon ng anumang pagbabayad na nagawa mo na.
 - Kung dapat mabayaran ang tagapagkaloob, babayaran namin sila nang direkta.
 - Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo, ibabalik namin ang inyong ibinayad.

2. Kapag ang isang network provider ay nagpadala sa iyo ng bayarin sa tingin mo ay hindi ka dapat magbayad

Dapat palaging direktang singilin ng mga provider ng network ang plano. Ngunit minsan sila ay nagkakamali at hinihiling na bayaran mo ang mga serbisyo sa iyo.

Kabanata 6: Paghiling sa amin na magbayad ng singilin na natanggap mo para sa mga sakop na medikal na serbisyo o gamot

- Sa tuwing nakakakuha kayo ng bill mula sa tagapagkaloob na nasa network, ipadala sa amin ang bill. Makikipag-ugnayan kami mismo sa tagapagkaloob at aayusin ang problema.
- Kung nabayaran na ninyo ang bill mula sa isang tagapagkaloob na nasa network, ipadala sa amin ang bill at katibayan ng anumang ibinayad ninyo. Dapat mong hilingin sa amin na bayaran ka para sa mga saklaw mong serbisyo.

3. Kung retroaktibo kayong nakatala sa plano namin

Minsan ang pagpapatala ng isang tao sa plano ay retroaktibo. (Ibig sabihin, lumipas na ang unang araw ng pagpapatala ninyo. Ang petsa ng pagpapatala ay maaaring nangyari noong nakaraang taon.)

Kung ikaw ay retroaktibong nakatala sa aming plano at sarili mong binayaran ang alinman sa iyong mga saklaw na serbisyo o gamot pagkatapos ng petsa ng iyong pagpapatala, maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka. Kakailanganin mong magsumite ng mga papeles tulad ng mga resibo at mga bayarin para maproseso namin ang pagbabalik ng bayad.

4. Kapag gumamit kayo ng parmasya na wala sa network para mapunan ang reseta

Kung pumunta ka sa isang parmasya na wala sa network, maaaring hindi maisumite ng parmasya ang claim nang direkta sa amin. Kapag nangyari iyon, kailangan mong bayaran ang buong halaga ng iyong reseta.

I-save ang resibo mo at magpadala ng kopya sa amin kapag hiniling mo sa amin na bayaran ka. Tandaan na sinasaklaw lang namin ang mga parmasya na wala sa network sa mga limitadong pagkakataon. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 para sa pagtalakay sa mga pangyayaring ito. Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang pagkakaiba sa pagitan ng binayaran mo para sa gamot sa parmasya na wala sa network at ang halagang babayaran namin sa parmasya na nasa loob ng network.

5. Kapag binayaran mo ang kabuuang halaga ng isang reseta dahil hindi mo dala ang iyong card ng plan

Kung hindi ninyo dala ang inyong membership card ng plano, maaari ninyong hilingin sa parmasyang tawagan kami o tingnan ang impormasyon ng inyong pagpapatala sa plano. Gayunpaman, kung hindi makuha ng parmasya ang impormasyon sa pagpapatala na kailangan nila kaagad, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga ng reseta nang mag-isa. I-save ang resibo mo at magpadala ng kopya sa amin kapag hiniling mo sa amin na bayaran ka. Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang buong halaga na iyong binayaran kung ang presyo na iyong binayaran ay mas mataas kaysa sa aming napagkasunduang presyo para sa reseta.

6. Kapag binayaran mo ang buong halaga para sa isang reseta sa ibang mga sitwasyon

Maaari mong bayaran ang buong halaga ng reseta dahil nalaman mong hindi sakop ang gamot sa ilang kadahilanan.

- Halimbawa, ang gamot ay maaaring wala sa Listahan ng Gamot ng plan o maaaring mayroon itong kinakailangan o paghihigpit na hindi mo alam o sa tingin mo ay hindi dapat nalalapat sa iyo. Kung magdesisyon kayong kunin ang gamot, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong halaga nito.
- I-save ang resibo mo at magpadala ng kopya sa amin kapag hiniling mo sa amin na bayaran ka. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailangan naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta upang ibalik sa inyo ang bayad para sa gamot. Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang buong halaga na iyong binayaran kung ang presyo na iyong binayaran ay mas mataas kaysa sa aming napagkasunduang presyo para sa reseta.

Kapag padadalhan ninyo kami ng kahilingan para sa bayad, pag-aaralan namin ang inyong kahilingan at magdedesisyon kami kung dapat saklawin ang serbisyo o gamot. Ito ay tinatawag na paggawa ng desisyon sa

Kabanata 6: Paghiling sa amin na magbayad ng singilin na natanggap mo para sa mga sakop na medikal na serbisyo o gamot

saklaw. Kung magpasya kaming dapat itong sakupin, babayaran namin ang serbisyo o gamot. Kung tatanggihan namin ang kahilingan ninyo para sa pagbabayad, puwede ninyong iapela ang desisyon namin. Ang Kabanata 8 ng dokumentong ito ay may impormasyon tungkol sa kung paano gumawa ng apela.

SEKSYON 2 Paano hihilingin sa amin na bayaran ka o bayaran ang singilin na iyong natanggap

Maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka sa pamamagitan ng pagpapadala sa amin ng nakasulat na kahilingan. Kung magpadala ka ng isang nakasulat na kahilingan, ipadala ang iyong bayarin at dokumentasyon ng anumang pagbabayad na ginawa mo. Isang magandang ideya na gumawa ng kopya ng inyong bill at mga resibo para sa inyong mga talaan. **Dapat mong isumite ang iyong claim sa amin sa loob ng isang (1) taon sa kalendaryo ng petsa na natanggap mo ang serbisyo, item, o gamot.**

Para matiyak na ibinibigay mo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin para makapagpasya, maaari mong punan ang aming form ng claim upang gawin ang kahilingan mo para sa pagbabayad.

- Hindi mo kailangang gamitin ang form, ngunit makakatulong ito sa amin na iproseso ang impormasyon nang mas mabilis.
- Maaaring mag-download ng kopya ng form mula sa aming website (SWHNY.com) o tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro at humingi ng form.

Ipadala sa amin sa pamamagitan ng koreo ang inyong kahilingan para sa bayad kasama ang anumang mga bill o resibo sa address na ito:

Mga pagbabayad sa nagastos sa Medikal na Serbisyo:

Senior Whole Health of New York
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
Or fax to (310) 507-6186

Mga pagbabayad sa nagastos sa Inireresetang Gamot:

Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

SEKSYON 3 Isasaalang-alang namin ang hiling mo para sa pagbabayad at sabihing oo o hindi

Seksyon 3.1 Tinitingnan namin kung dapat naming sakupin ang serbisyo o gamot

Kapag natanggap namin ang kahilingan mo para sa pagbabayad, ipapaalam namin sa iyo kung kailangan namin ng anumang karagdagang impormasyon mula sa iyo. Kung hindi, ikokonsidera namin ang kahilingan mo at magdedesisyon sa saklaw.

Kabanata 6: Paghiling sa amin na magbayad ng singilin na natanggap mo para sa mga sakop na medikal na serbisyo o gamot

- Kung magpasya kami na ang medikal na pangangalaga o gamot ay saklaw at sinunod mo ang lahat ng mga patakaran, babayaran namin ang serbisyo o gamot. Kung nabayaran mo na ang serbisyo o gamot, magpapadala kami sa iyo ng tseke para sa iyong binayaran. Kung binayaran mo ang buong halaga ng isang gamot, maaaring hindi babalik sa iyo ang buong halaga na iyong binayaran (halimbawa, kung kumuha ka ng gamot sa parmasya na wala sa network o kung ang presyo na iyong binayaran para sa gamot ay mas mataas kaysa sa aming napagkasunduang presyo). Kung hindi pa ninyo nababayaran ang serbisyo o item, direkta naming ipapadala ang bayad sa tagapagkaloob.
- Kung magpasya kami na ang medikal na pangangalaga o gamot ay hindi saklaw, o hindi mo sinunod ang lahat ng mga patakaran, hindi kami magbabayad para sa pangangalaga o gamot. Padadalhan ka namin ng liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan kung bakit hindi namin ipinapadala ang bayad at ang mga karapatan mo na iapela ang desisyong iyon.

Seksyon 3.2 Kung sasabihin namin sa iyo na hindi namin babayaran ang medikal na pangangalaga o gamot, maaari kang mag-apela
--

Kung sa tingin mo ay nagkamali kami sa pagtanggap sa kahilingan mo para sa pagbabayad o sa halagang binabayaran namin, maaari kang mag-apela. Kung gagawa ka ng apela, nangangahulugan ito na hinihiling mo sa amin na baguhin ang desisyon na ginawa namin noong tinanggihan namin ang kahilingan mo para sa pagbabayad. Ang proseso ng mga apela ay isang pormal na proseso na may mga detalyadong pamamaraan at mahahalagang deadline. Para sa mga detalye kung paano gawin ang apela na ito, pumunta sa Kabanata 8 ng dokumentong ito.

KABANATA 7:

Ang mga karapatan at responsibilidad mo

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo**SEKSYON 1 Dapat igalang ng aming plano ang iyong mga karapatan at pagkasensitibo sa kultura bilang miyembro ng plano****Seksyon 1.1 Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang naaangkop para sa iyo at ayon sa iyong mga kultural na pagsasaalang-alang (sa mga wika maliban sa Ingles, sa braille, sa malalaking letra, o sa iba pang alternatibong format, atbp.)**

Ang iyong plano ay kinakailangan upang matiyak na ang lahat ng mga serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa isang paraang may kakayahang pangkultura at naa-access sa lahat ng mga nakatala, kabilang ang mga may limitadong kasanayan sa Ingles at mga kasanayan sa pagbabasa, kawalan ng kakayahan sa pandinig, o mga may magkakaibang kultura at etnikong pinagmulan. Kasama sa mga halimbawa ng kung paano matutugunan ng isang plano ang mga kinakailangan sa pagiging naa-access na ito, ngunit hindi limitado sa pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (text telephone o teletypewriter phone) na koneksyon.

Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking letra, o iba pang mga alternatibong format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Kinakailangan kaming magbigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na naa-access at angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang puwede sa iyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Ang aming plano ay kinakailangan na bigyan ang mga babaeng nakatala ng opsyon ng direktang pag-access sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan sa loob ng network para sa mga regular na serbisyo ng kababaihan at pang-iwas na pangangalaga sa kalusugan.

Kung hindi available ang mga provider sa network ng plano para sa isang espesyalidad, responsibilidad ng plano na hanapin ang mga provider ng espesyalidad sa labas ng network na magbibigay sa iyo ng kinakailangan na pangangalaga. Sa kasong ito, babayaran mo lamang ang hatian sa gastos sa network. Kung nakita mo ang sarili mo sa isang sitwasyon kung saan walang mga espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa isang serbisyo na kailangan mo, tawagan ang plano para sa impormasyon kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa hatian sa gastos sa network.

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plan sa isang format na naa-access at angkop para sa iyo, mangyaring tumawag upang maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa, (833) 671-0440, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Maaari ka ring magsampa ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en la situación en que no hay especialistas disponibles en la red del plan que cubran el servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información respecto a dónde acudir a fin de obtener el servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (833) 671-0440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

節 1.1	我們必須以適用於您且依據您文化敏感度的方式向您提供資訊 (非英語版本、點字、大字體版本或其他替代格式等)
--------------	---

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化習慣且無障礙的方式提供給所有保戶，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足或文化和種族背景多元的人士。一項計劃如何符合這些無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本計劃提供免費的口譯服務，為不說英語的會員回答問題。我們也可以根據您的需求，免費提供點字、大字體版本或其他替代格式資訊。我們必須以無障礙和適用於您的格式提供本計劃福利相關資訊。若要向我們索取適用於您的資訊版本，請致電會員服務部。

本計劃必須可讓女性保戶選擇，是否要直接透過網絡內的婦女健康專科醫師取得例行性和預防性健康照護服務。

如果無法提供本計劃網絡內某專科服務提供者，則本計劃有責任尋找網絡外專科服務提供者，為您提供必要的照護。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現本計劃網絡中沒有自己所需給付服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解可前往何處以網絡內分攤費用的方式獲得此服務。

如果您遇到任何問題而無法以無障礙和適用於您的格式向本計劃取得資訊，請致電會員服務部提出申訴，電話號碼為 (833) 671-0440，當地時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點為您提供服務。TTY 使用者請撥打 711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話號碼為 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo**القسم 1-1**

يجب أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتسق مع حساسياتك الثقافية (بلغات غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل أو بخط كبير، أو بتنسيقات بديلة أخرى، إلخ).

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية متنوعة. تتضمن الأمثلة على كيفية تلبية الخطة لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل، أو بخط كبير، أو بتنسيقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

مطلوب منا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمة في شبكة الخطة متاحين لأحد التخصصات، تقع على عاتق الخطة مسؤولية تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط تكاليف المشاركة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاجها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خلال مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال على 671-0440 (833)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. TTY، يُرجى الاتصال على الرقم 711. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرة مع مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو 1-800-537-7697 TTY.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성과 일치하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등으로).

귀하의 플랜은 임상 및 비임상 서비스를 모두 문화적으로 유능한 방식으로 제공하고 제한된 영어 능력, 제한된 읽기 능력, 청력 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 등록자가 액세스 할 수 있도록 보장해야 합니다. 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역가 서비스, 통역 서비스, 전신 타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신 타자기 전화) 연결 제공 등이 있습니다(단, 이에 국한되지 않음).

본 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 직원이 있습니다. 또한 필요한 경우 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 무료로 제공할 수 있습니다. 플랜의 혜택에 대한 정보를 귀하에게 접근 가능하고 적합한 형식으로 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

당사의 플랜은 여성 등록자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내에서 여성 건강 전문가에게 직접 액세스할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜 네트워크에 속한 전문의를 이용할 수 없는 경우, 플랜은 네트워크 외부에서 전문의를 지정하여 필요한 진료를 받을 수 있도록 해드려야 합니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 지불하면 됩니다. 필요한 서비스를 제공하는 플랜 네트워크에 전문의가 없는 경우, 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 제공하는 의료 제공자의 정보를 플랜에 문의하십시오.

당사 플랜에서 귀하에게 접근할 수 있고 적합한 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, 현지 시간으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 (833) 671-0440로 전화하여 가입자 서비스부에 불만을 제기하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오. 또한

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 직접 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다.

Раздел 1.1 Мы должны предоставлять вам информацию в доступной для вас форме, а также в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.).

Ваш план должен следить за тем, чтобы вся помощь, как клиническая, так и нет, оказывалась с учетом культурных особенностей пациента и была доступна всем участникам плана, в том числе с плохим знанием английского языка, ограниченными навыками чтения и нарушениями слуха или с различными культурными и этническими особенностями. Примеры того, как план может выполнить эти требования, включают, помимо прочего, предоставление услуг устных и письменных переводчиков, а также линий для слабослышащих (TTY — текстовый телефон или телетайп).

В нашем плане есть устные переводчики, готовые ответить на вопросы участников, не говорящих на английском языке. Услуги устных переводчиков предоставляются бесплатно. Кроме того, при необходимости мы можем бесплатно присылать вам наши материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, либо в других альтернативных форматах. Информацию о покрываемых планом услугах мы должны сообщать в доступном и удобном для вас виде. Для того чтобы получить информацию в доступной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания.

Наш план должен давать женщинам-участникам возможность обращаться непосредственно к гинекологам, которые сотрудничают с планом, для обычного и профилактического обслуживания.

Если сотрудничающих с планом врачей нужной специальности нет, план должен найти вам такого специалиста за пределами сети. В подобной ситуации вы оплачиваете только расходы в рамках сети. Если выясняется, что врачи нужной для вас специальности с планом не сотрудничают, позвоните в наш отдел обслуживания. Там объяснят, к кому обратиться за нужной вам помощью, заплатив только ту сумму, которая предусмотрена планом.

Если у вас возникнут проблемы с получением информации от нашего плана в доступной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 и подайте жалобу (с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени). При использовании TTY набирайте 711. Кроме того, можно пожаловаться в программу Medicare (телефон: 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]) или непосредственно в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) (телефон: 1-800-368-1019 или TTY: 1-800-537-7697).

Sezione 1.1 Dobbiamo fornire le informazioni in modo adeguato alle esigenze del cliente e in linea con le sue sensibilità culturali (in lingue diverse dall'inglese, in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi, ecc.)

Il Suo piano è necessario per garantire che tutti i servizi, sia clinici che non clinici, siano forniti in modo culturalmente competente e siano accessibili a tutti gli iscritti, compresi quelli con conoscenza della lingua inglese limitata, capacità di lettura limitate, incapacità uditiva o quelli con diversi background culturali ed etnici. Esempi di come un piano può soddisfare questi requisiti di accessibilità includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la fornitura di servizi di traduzione, servizi di interpretazione, telescriventi o connessione tty (telefono di testo o telefono di telescrivente).

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei membri non di lingua inglese. Possiamo anche fornirLe informazioni in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi gratuitamente se ne ha bisogno. Siamo tenuti a fornirLe informazioni sui vantaggi del piano in un formato accessibile e appropriato per Lei. Per ottenere informazioni da noi in un modo che funzioni per Lei, chiami il Servizio Soci.

Il nostro piano è necessario per dare alle donne iscritte la possibilità di accedere direttamente a uno specialista della salute delle donne all'interno della rete per i servizi di assistenza sanitaria di routine e preventiva delle donne.

Se i fornitori nella rete del piano per una specialità non sono disponibili, è responsabilità del piano individuare i fornitori di specialità al di fuori della rete che forniranno le cure necessarie. In questo caso, pagherà solo la condivisione dei costi in rete. Se si trova in una situazione in cui non ci sono specialisti nella rete del piano che coprono un servizio di cui ha bisogno, chiami il piano per informazioni su dove andare per ottenere questo servizio con la condivisione dei costi in rete.

Se ha problemi a ottenere informazioni dal nostro piano in un formato accessibile e appropriato per Lei, chiami per presentare un reclamo al Servizio Soci chiamando il numero (833) 671-0440, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711. Può anche presentare un reclamo a Medicare chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o direttamente all'Ufficio per i diritti civili 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1	Nous sommes tenus de fournir des renseignements d'une manière qui vous convienne et soit respectueuse de vos sensibilités culturelles (dans d'autres langues que l'anglais, en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats de substitution, etc.)
--------------------	---

Votre régime est tenu de veiller à ce que tous les services, tant cliniques que non cliniques, soient fournis d'une manière culturellement compétente et soient accessibles à tous les affiliés, y compris ceux qui ont une maîtrise limitée de l'anglais, des capacités de lecture limitées, une incapacité auditive, ou ceux qui ont des origines culturelles et ethniques diverses. Un régime peut, par exemple, satisfaire à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des téléimprimeurs ou une connexion ATS (téléphone textuel ou téléimprimeur), mais cette liste n'est pas exhaustive.

Notre régime dispose de services d'interprétation gratuits pour répondre aux questions des affiliés non anglophones. Nous pouvons également vous fournir gratuitement des informations en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats si nécessaire. Nous sommes tenus de vous fournir des informations sur les prestations du régime dans un format accessible et adapté à vos besoins. Pour obtenir des informations dans un format qui vous convienne, veuillez appeler les services aux membres.

Notre régime est tenu d'offrir aux femmes affiliées la possibilité d'accéder directement à un spécialiste de la santé des femmes au sein du réseau pour les soins de santé courants et préventifs.

Si le réseau du régime ne dispose pas de prestataires pour certains services spécialisés, il incombe au régime de trouver des prestataires de services spécialisés en dehors du réseau qui vous fourniront les soins nécessaires. Dans ce cas, vous ne paierez que la participation aux coûts au sein du réseau. Si vous vous trouvez dans une situation où aucun spécialiste du réseau du régime ne couvre un service dont vous avez besoin, appelez le régime pour savoir où vous adresser pour obtenir ce service avec une participation aux coûts au sein du réseau.

Si vous avez des difficultés à obtenir des informations de notre régime dans un format accessible et adapté à vos besoins, veuillez déposer un grief auprès des services aux membres en appelant le (833) 671-0440, du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h, heure locale. Pour les utilisateurs du système TTY, veuillez appeler le 711. Vous pouvez

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

également déposer une plainte auprès de Medicare en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou directement auprès de l'Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòma, elatriye.)

Plan w lan dwe garanti tout sèvis yo, kit sèvis klinik ak sèvis ki pa sèvis klinik yo, pou li bay yo yon fason ki konpetan nan domèn kiltirèl epi yo aksesib pou tout moun ki enskri yo (asire yo), ki gen ladann moun ki pa pale Anglè byen, moun ki pa ka li byen, moun ki gen difikilte pou tande, oswa moun ki gen divès kalite kilti ak orijin etnik yo. Men kèk egzanp sou fason yon plan ka reponn ak kondisyon aksesiblite sa yo (aksè pou moun ki gen yon andikap), li gen ladann bagay sa yo men se pa sa sèlman, bay sèvis tradiktè, sèvis entèprèt, telefòn tèks, oswa koneksyon TTY (telefòn tèks).

Plan nou an genyen sèvis entèprèt ki disponib gratis pou reponn kesyon manm ki pa pale Anglè yo. Epitou, nou kapab ba w enfòmasyon an bray, an gwo karaktè, oswa an lòt fòma gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou yon fason ki bon pou ou, tanpri rele Sèvis pou Manm yo.

Plan nou an oblije bay fanm ki enskri yo yon opsyon aksè dirèk a yon espesyalis sante pou fanm ki nan rezo a, pou sèvis swen sante woutin yo ak swen prevansyon pou fanm yo.

Si pwofesyonèl swen sante ki nan rezo plan an pou yon espesyalite pa disponib, se responsablite plan an pou li jwenn pwofesyonèl swen sante espesyalize deyò rezo a k ap gen pou ba w swen ki nesè yo. Nan ka sa a, w ap peye sèlman pataj depans ki nan rezo a. Si w twouve w nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan an ki kouvri yon sèvis ou bezwen, rele plan an pou w ka jwenn enfòmasyon konsènan kote pou w ale pou w ka jwenn sèvis sa a nan pataj depans ki nan rezo a.

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou, tanpri rele pou depoze yon doleyans nan Sèvis pou Manm yo, deepi ou rele nimewo, (833)6710440, Lendi-Vandredi, 8a.m - 8p.m. lè lokal. . Itilizatè TTY yo, tanpri rele nan nimewo 711. Epitou, ou ka depoze yon plent nan Medicare, pou fè sa, rele nan nimewo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman nan Biwo pou Dwa Sivil la nan nimewo 1-800-368-1019 oswa itilizatè TTY yo rele nan nimewo 1-800-537-7697.

סעקציע 1.1 מיר מוזן צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר איר און קאָנסיסטענט מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפּראַכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאָרמאַטירונגען, אאז"ו.)

אייער פֿלאַן איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַלע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפּעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַלע ענראַ וואָ, אריינגענומען יענע מיט באַגרענעצט ענגליש באַהאַונטקייט, באַגרענעצט לייענען סקילז, געהער וּמפֿאַסיק, אַדער יענע מיט פאַרשידן קולטור. און עטניק באַקגראַונד. ביישפּילן פֿון ווי אַ פֿלאַן קען באַגעגענען די אַקסעסאַביליטי פאדערונגען אַריינגעמען, אַבער זענען נישט באַגרענעצט צו צושטעלן פֿון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטיפֿ־רייטער אַדער TTY (טעקסט טעלעפֿאָן אַדער טעלעטיפֿ־רייטער טעלעפֿאָן) פֿאַרבינדונג.

אונזער פֿלאַן האט פֿריי יבערזעצער סערוויסעס פאראנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פֿון ניט-ענגליש בייטןעדט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאַטירונגען אַן קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פארלאנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

דעם בענעפיטן פון דעם פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַר אַ סיק פֿאַר אַיך. צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פֿון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אַיך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

אונדזער פֿלאַן איז פֿאַרלאנגט צו געבן ווייבלעך ענראַ וואָס די אַפֿציע פֿון דירעקט אַ קסעס צו אַ פֿרויען געזונט ספֿעציאַליסט אין די נעץ פֿאַר פֿרויען רוטין און פֿרעווענטיוע געזונט קעיר סערוויסעס.

אויב פֿאַר אַ וויידערזיין אין דעם פֿלאַן נעץ פֿאַר אַ ספֿעציאַליסט זענען נישט פֿאַראַנען, עס איז די פֿאַר אַ נטוואָרטלעכקייט פֿון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספֿעציאַליסט פֿאַר אַ וויידערזיין אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אַיך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿלאַן, אַיך וועט בלויז באַצאָלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וואָס זענען קיין ספֿעציאַליסט אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אַיך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאַרמאַציע אויף וואָס צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האָט קיין קאַנפֿליקט צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פֿון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן אַ קלאַ וואָס טור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 0440-671 (833), מאַנטיק-פֿרייטאָג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פֿאַרלייגן אַ קלאַ מיט Medicare דורך רופן Medicare (1-800-633-4227) אַ דער גלייך מיט די אַפֿפֿיסע פֿאַר סיוויל רעכט (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 אַ דער TTY 1-800-537-7697.

Sekcja 1.1	Musimy dostarczać informacje w sposób odpowiedni dla użytkownika i zgodny z jego wrażliwością kulturową (w językach innych niż angielski, wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach itp.)
-------------------	---

Plan jest zobowiązany do zapewnienia, aby wszystkie usługi, zarówno kliniczne, jak i niekliniczne, były świadczone w sposób uwzględniający odrębności kulturowe i były dostępne dla wszystkich osób zapisanych do planu, w tym osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego, ograniczoną umiejętnością czytania, niesłyszących lub osób o różnym pochodzeniu kulturowym i etnicznym. Plan może spełnić wymagania w zakresie dostępności zapewniając między innymi usługi tłumacza ustnego i pisemnego lub usługi telefonu tekstowego (TTY).

Plan oferuje usługi tłumaczy, którzy bezpłatnie pomagają członkom niemówiącym po angielsku w uzyskiwaniu odpowiedzi na pytania. W razie potrzeby może także zapewnić bezpłatnie informacje wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach. Plan jest zobowiązany do przekazywania informacji o świadczeniach w formacie dostępnym i odpowiednim dla członków. Aby uzyskać od planu informacje w odpowiednim dla siebie formacie, członkowie powinni zadzwonić do działu obsługi uczestników.

Plan jest zobowiązany do zapewnienia członkiniom opcji bezpośredniego dostępu do specjalisty ds. zdrowia kobiet w ramach sieci w zakresie regularnych i profilaktycznych usług opieki zdrowotnej dla kobiet.

Jeśli w sieci nie ma dostępnych świadczeniodawców danej specjalizacji, obowiązkiem planu jest znalezienie świadczeniodawców spoza sieci, którzy zapewnią niezbędną opiekę. W takim przypadku członek zapłaci tylko obowiązujący w sieci udział w kosztach. Jeśli członek znajdzie się w sytuacji, kiedy w sieci planu nie będzie specjalistów, którzy zapewniliby potrzebną mu usługę, powinien zadzwonić do planu, aby uzyskać informacje, gdzie może uzyskać taką usługę przy udziale w kosztach obowiązującym w sieci.

Osoby, które mają trudności z uzyskaniem od planu informacji w dostępnym i odpowiednim formacie, mogą złożyć zażalenie w dziale obsługi członków, dzwoniąc pod numer (833) 671-0440 od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 20.00 czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711. Można również złożyć skargę do Medicare, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) lub bezpośrednio do Urzędu ds. Praw Obywatelskich pod numer 1-800-368-1019 lub TTY 1-800-537-7697.

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo**Seksyon 1.1 Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang gumagana para sa iyo at sumusunod sa mga pagkasensitibo ng kultura (sa wika maliban sa English, sa braille, sa malalaking letra, o ibang kahaliling mga format, atbp.)**

Kinakailangan ang plano mo para matiyak na ang lahat ng mga serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa isang paraang may kakayahang pangkultura at naa-access sa lahat ng mga nakatala, kabilang ang mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kakayahan sa pagbasa, kawalan ng kakayahan sa pandinig, o mga may magkakaibang kultura at etnikong pinagmulan. Kasama sa mga halimbawa ng kung paano matutugunan ng plan ang mga kinakailangan sa pagiging naa-access na ito, ngunit hindi limitado sa pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (teleponong pang-text o teleponong teletypewriter) na koneksyon.

Mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter ng aming plano na handang magamit para sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nakakapagsasalita ng English. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking letra, o ibang kahaliling format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming magbigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plan sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana sa iyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Inaatasan ang aming plan na bigyan ang mga babaeng nakatala ng opsyon ng direktang pag-access sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan sa loob ng network para sa mga regular na serbisyo ng kababaihan at pang-iwas na pangangalaga sa kalusugan.

Kung hindi handang magamit ang mga network provider ng plan para sa isang espesyalidad, responsibilidad ng plano na humanap ng mga provider ng espesyalidad sa labas ng network na magbibigay sa iyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa kasong ito, babayaran mo lamang ang bahagi sa gastos sa network. Kung nakita mo ang sarili mo sa isang sitwasyon kung saan walang mga espesyalista sa network ng plan na sumasaklaw sa isang serbisyo na kailangan mo, tawagan ang plan para sa impormasyon kung saan pupunta para makuha ang serbisyonang ito sa bahagi sa gastos sa network.

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plan sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo, mangyaring tumawag para maghain ng hinaing sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

বভাগ ১.১ আমাদের অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি ব্যতীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহ্মিলে, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পরিসরো, ক্লিনিকাল এবং অ-ক্লিনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদরে ইংরেজিতে দক্ষতা সীমিত, পড়ার দক্ষতা সীমিত, শ্রবণশক্তি অক্ষমতা রয়েছে বা যাদরে বচৈত্রিময় সাংস্কৃতিক এবং জাতগিত প্রক্শাপট রয়েছে তারা সহ সমস্ত তালকিভুক্তদরে জন্য অ্যাক্সসেসযোগ্য, আপনার প্ল্যানটকি তা নশ্চিত করতে হবে। কনো প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সসেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলি মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পরিসরো, দোভাষী পরিসরো, টেলিটাইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলিটাইপ্রাইটার ফোন) সংযোগরে বধিানরে মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

Amadare planyan, iingjetibisay nuy amn sadasyadare prashnare uttar dওয়ার জন্য বনিমূল্যে দেওভাষী পরষিবো রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে বরইল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে কোনো খরচ ছাড়াই তথ্য দিতে পারি। আমাদরে আপনাকে প্ল্যানরে সুবিধাগুলির সম্পর্কে এমন একটি ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদরে থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরষিবোদতি কল করুন।

Amadare plyanটির মহিলা তালিকাভুক্তদরে, মহিলাদরে বুটনি ও প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসবো পরষিবোগুলোর জন্য নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকিল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

কোনো বিশেষত্বের জন্য প্ল্যানরে নটেওয়ারকরে সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারকরে বাইরে বিশেষ সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে তাদের খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানরে উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ পেমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবা আপনাকে প্রদান করতে পারে প্ল্যানরে নটেওয়ারক্রে এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নাই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার সময় এই পরিষেবাটি পতে কীভাবে যত্ন হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য প্লানে কল করুন।

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদরে প্ল্যান বিষয়ক তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুরুর স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাত্রি 8টার মধ্যে সদস্য পরষিবোয় অভিযোগ দায়ের করতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে 711 এ কল করুন। এছাড়াও, আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে Medicare-এর কাছ থেকে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে সভিলি রাইটস অফিসে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

Seksioni 1.1	Ne jemi të përkushtuar të ofrojmë informacion të përshtatshëm për ju dhe që respekton ndjeshmëritë tuaja kulturore (në gjuhë të tjera përveç anglishtes, në braille, në format me shkronja të mëdha ose formate të tjera alternative, etj.)
---------------------	--

Planit tuaj duhet të ofrojë të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike në një mënyrë kompetente kulturore dhe janë të aksesueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara në anglisht, personat me aftësi të kufizuara në lexim, personat me aftësi të kufizuar në dëgjim ose personat me kulturë dhe prejardhje etnike të ndryshme. Shembujt se si një plan mund t'i plotësojë këto kërkesa aksesueshmërie përfshijnë, por nuk kufizohen me ofrimin e shërbimeve të përkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronjë).

Plani ynë ofron shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në braille, në format me shkronja të mëdha ose në formate të tjera alternative pa kosto, sipas nevojës. Neve na kërkohet t'ju japim informacione rreth përfitimeve të planit në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju. Për të marrë informacion nga ne në një mënyrë të përshtatshme për ju, ju lutemi telefononi Shërbimet e Anëtarëve.

Plani ynë duhet t'ju japë grupe të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë te një specialist i shëndetit të gruas brenda rrjetit për shërbimet rutinë dhe parandaluese të kujdesit shëndetësor për gratë.

Nëse ofruesit në rrjetin e planit për një specialitet nuk janë të disponueshëm, është përgjegjësi e planit të gjejë ofruesit e specializuar jashtë rrjetit, të cilët do t'ju ofrojnë kujdesin e nevojshëm. Në këtë rast, ju do të paguani vetëm ndarjen e kostos brenda rrjetit. Nëse përballeni me një situatë ku nuk ka specialistë në rrjetin e planit që mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefononi planin për të marrë informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e kostos brenda rrjetit.

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 08:00 - 20:00, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

Ενότητα 1.1 Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να λειτουργεί για εσάς και που να συνάδει με τις πολιτισμικές σας ευαισθησίες (σε γλώσσες εκτός των Αγγλικών, σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές κ.λπ.)

Το πρόγραμμά σας απαιτείται να διασφαλίσει ότι όλες οι υπηρεσίες, τόσο κλινικές όσο και μη κλινικές, παρέχονται με πολιτισμικά ικανό τρόπο και είναι προσβάσιμες σε όλους τους εγγεγραμμένους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με περιορισμένη αγγλική επάρκεια, περιορισμένες δεξιότητες ανάγνωσης, ανικανότητα ακοής ή άτομα με διαφορετικό πολιτιστικό και εθνοτικό υπόβαθρο. Παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο ένα πρόγραμμα μπορεί να πληροί αυτές τις απαιτήσεις προσβασιμότητας περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την παροχή μεταφραστικών υπηρεσιών, υπηρεσιών διερμηνείας, τηλεγραφομηχανών ή σύνδεσης TTY (τηλέφωνο κειμένου ή τηλέφωνο τηλεγραφομηχανής).

Το πρόγραμμά μας διαθέτει δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσετε σε ερωτήσεις από μη αγγλόφωνα μέλη. Μπορούμε, επίσης, να σας δώσουμε πληροφορίες σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές χωρίς κόστος, εάν τις χρειάζεστε. Είμαστε υποχρεωμένοι να σας παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις παροχές του προγράμματος σε μορφή που είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς. Για να λάβετε πληροφορίες από εμάς με τρόπο που σας εξυπηρετεί, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Το πρόγραμμά μας απαιτείται να δώσει στις γυναίκες εγγεγραμμένους τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε έναν ειδικό υγείας γυναικών στο πλαίσιο του δικτύου για υπηρεσίες ρουτίνας και προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης των γυναικών.

Εάν οι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματος για μια ειδικότητα δεν είναι διαθέσιμοι, είναι ευθύνη του προγράμματος να εντοπίσει εξειδικευμένους παρόχους εκτός του δικτύου που θα σας παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα. Σε αυτήν την περίπτωση, θα πληρώσετε μόνο επιμερισμό κόστους εντός δικτύου. Εάν βρεθείτε σε μια κατάσταση όπου δεν υπάρχουν ειδικοί στο δίκτυο του προγράμματος που να καλύπτουν μια υπηρεσία που χρειάζεστε, καλέστε το πρόγραμμα για πληροφορίες σχετικά με το πού να πάτε για να αποκτήσετε αυτήν την υπηρεσία με επιμερισμό κόστους εντός δικτύου.

Εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη πληροφοριών από το πρόγραμμά μας σε μορφή που να είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς, καλέστε για να υποβάλετε παράπονο στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό (833) 671-0440, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8 π.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλέσουν στο 711. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία στο Medicare καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ή απευθείας στο Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων 1-800-368-1019 ή TTY 1-800-537-7697.

سیکشن 1.1 ہمیں معلومات اس انداز میں فراہم کرنی چاہیے جو آپ کے لیے مناسب ہو اور آپ کے ثقافتی حساس پہلوؤں سے ہم آہنگ ہو (انگریزی کے علاوہ باقی زبانوں میں، بریل میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس، وغیرہ)

آپ کے منصوبے سے اس بات کو یقینی بنانے کا تقاضا کیا جاتا ہے کہ تمام سروسز، کلینکل اور غیر کلینکل دونوں ثقافتی طور پر موزوں انداز میں فراہم کی جاتی ہیں اور تمام مندرجہ افراد کو ان تک رسائی حاصل ہے جن میں انگریزی زبان کی محدود

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

مہارت، پڑھنے کی محدود مہارتیں، قوت سماعت سے محروم، یا متنوع ثقافتی اور نسلی پس منظر سے تعلق رکھنے والے افراد شامل ہیں۔ منصوبہ رسانی کے تقاضے کیسے پورا کر سکتا ہے اس کی مثالوں میں بلاتحید، ترجمان کی سروسز، مترجم کی سروسز، ٹیلی ٹائپ رائٹرز، یا TTY (ٹیکسٹ ٹیلی فون یا ٹیلی ٹائپ رائٹر فون) کنکشن کی فراہمی شامل ہیں۔

ہمارے منصوبے میں مفت ترجمان کی سروسز موجود ہیں جو انگریزی نہ بولنے والے ممبرز کے سوالات کا جواب دینے کے لیے دستیاب ہیں۔ ہم آپ کو ضرورت پیش آنے پر بریل سسٹم میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس میں بغیر کسی قیمت کے بھی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ ہمارے لیے منصوبے کے وظائف کے بارے میں ایسے فارمیٹ میں آپ کو معلومات فراہم کرنا ضروری ہے جو آپ کے لیے قابل رسانی اور موزوں ہو۔ براہ کرم ہم سے اپنے لیے کام کرنے والی معلومات حاصل کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔

ہمارے منصوبے سے تقاضا کیا جاتا ہے کہ وہ مندرجہ خواتین کو ان کی روزمرہ اور احتیاطی صحت کی نگہداشت کی سروسز کے لیے نیٹ ورک کے اندر خواتین کی صحت کے ماہر تک براہ راست رسانی کا اختیار دے۔

اگر منصوبے کے نیٹ ورک میں خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان دستیاب نہیں ہیں، تو یہ منصوبے کی ذمہ داری ہے کہ وہ نیٹ ورک سے باہر خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان کو تلاش کرے جو آپ کو ضروری نگہداشت فراہم کریں گے۔ اس کیس میں، آپ صرف اندرون نیٹ ورک لاگت کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ خود کو ایک ایسی صورتحال میں پاتے ہیں جہاں منصوبے کے نیٹ ورک میں کوئی ماہرین موجود نہیں ہیں جو آپ کو درکار سروسز کو کور کریں، تو منصوبے کو اس حوالے سے معلومات کے لیے کال کریں کہ اس سروسز کو اندرون نیٹ ورک لاگت کے اشتراک پر حاصل کرنے کے لیے کہاں جائیں۔

اگر آپ کو ہمارے منصوبے میں موجود اپنے لیے قابل رسانی اور موزوں فارمیٹ میں معلومات حاصل کرنے میں کسی مشکل کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے، تو براہ کرم مقامی وقت کے مطابق، پیر-جمعہ، صبح 8 بجے - رات 8 بجے تک، 671-0440 (833) پر کال کر کے ممبر سروسز کو شکایت درج کروائیں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ آپ Medicare (1-800-633-4227) پر کال کر کے یا دفتر برائے شہری حقوق کو 1-800-368-1019 یا 1-800-537-7697 TTY پر براہ راست کال کر کے Medicare کے ساتھ شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

Seksyon 1.2 Dapat naming tiyakin na makakakuha ka ng napapanahong access sa mga sakop mo na serbisyo at gamot

May karapatan kang pumili ng pangunahing provider ng pangangalaga (PCP) sa network ng plano upang ibigay at ayusin ang mga sakop na serbisyo para sa iyo. May karapatan kayo sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral.

May karapatan kang kumuha ng mga saklaw na serbisyo mula sa mga provider na nasa network sa *loob ng makatwirang haba ng panahon*. Kabilang dito ang karapatang makakuha ng mga napapanahong serbisyo mula sa mga espesyalista kapag kailangan mo ang pangangalagang iyon. May karapatan kayong makuha ang inyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network nang walang matagal na pagkaantala.

Kung sa tingin mo ay hindi mo nakukuha ang iyong medikal na pangangalaga o Part D na mga gamot sa loob ng makatwirang tagal ng panahon, ang Kabanata 8 ay nagsasabi kung ano ang maaari mong gawin.

Seksyon 1.3 Dapat naming protektahan ang privacy ng personal na impormasyon mo sa kalusugan

Pinoprotektahan ng mga batas ng pederal at estado ang privacy ng mga medikal na rekord mo at personal na impormasyon sa kalusugan. Pinoprotektahan namin ang personal na impormasyon mo sa kalusugan gaya ng iniaatas ng mga batas na ito.

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

- Kasama sa personal na impormasyong pangkalusugan mo ang **personal na impormasyon** na ibinigay mo sa amin noong nagpatala ka sa planong ito gayundin ang mga medikal na rekord mo at iba pang impormasyong medikal at kalusugan.
- May mga karapatan kayo sa inyong impormasyon at kontrolin kung paano nagagamit ang inyong PHI. Bibigyan ka namin ng nakasulat na abiso, na tinatawag na *Notice of Privacy Practice*, na nagsasabi tungkol sa mga karapatang ito at nagpapaliwanag kung paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng iyong impormasyon sa kalusugan.

Paano namin pinoprotektahan ang privacy ng impormasyon sa kalusugan mo?

- Sinisigurado namin na hindi makikita o mapapalitan ng mga hindi awtorisadong tao ang inyong mga rekord.
- Maliban sa mga pangyayaring nakasaad sa ibaba, kung nilalayan naming ibigay ang impormasyong pangkalusugan mo sa sinumang hindi nagbibigay ng iyong pangangalaga o nagbabayad para sa pangangalaga mo, *kinakailangan naming kumuha ng nakasulat na pahintulot mula sa iyo o sa isang taong binigyan mo ng legal na kapangyarihan upang gumawa muna ng mga desisyon para sa iyo.*
- Mayroong ilang mga eksepsyon na hindi nangangailangan sa amin na kunin muna ang nakasulat na pahintulot mo. Ang mga eksepsyon na ito ay pinapayagan o kinakailangan ng batas.
 - Inaatasan kaming maglabas ng impormasyong pangkalusugan sa mga ahensya ng gobyerno na tumitingin sa kalidad ng pangangalaga.
 - Dahil miyembro ka ng aming plano sa pamamagitan ng Medicare, kinakailangan naming ibigay sa Medicare ang impormasyong pangkalusugan mo kabilang ang impormasyon tungkol sa mga inireresetang gamot sa iyo sa Part D. Kung ilalabas ng Medicare ang impormasyon mo para sa pagsasaliksik o iba pang paggamit, ito ay gagawin ayon sa mga batas at regulasyon ng Pederal; karaniwan, ito ay nangangailangan na ang impormasyon na natatanging nagpapakilala sa iyo ay hindi ibabahagi.

Maaari mong makita ang impormasyon sa mga talaan mo at malaman kung paano ito ibinahagi sa iba

May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na rekord at makakuha ng kopya ng iyong mga rekord. Pinapayagan kaming singilin ka ng bayad para sa paggawa ng mga kopya. May karapatan kayong hilingin sa amin na isapanahon o iwasto ang inyong mga medikal na rekord. Kung hihilingin ninyong gawin namin ito, makikipagtulungan kami sa inyong tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan upang magdesisyon kung dapat gawin ang mga pagbabago.

May karapatan kang malaman kung paano ibinahagi ang impormasyon sa kalusugan mo sa iba para sa anumang layunin na hindi nakagawian.

Kung mayroon kayong mga katanungan o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng inyong PHI, tumawag sa mga Serbisyo para sa Miyembro.

PAUNAWA NG MGA KASANAYAN SA PRIVACY SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC.

INILALARAWAN NG ABISO NA ITO KUNG PAANO MAAARING GAMITIN AT IBUNYAG ANG MEDIKAL NA IMPORMASYON TUNGKOL SA IYO AT KUNG PAANO KA MAKAKAKUHA NG ACCESS SA IMPORMASYON NA ITO. PAKIREPASO ITONG MABUTI.

Ang Senior Whole Health of New York, Inc. dba “Senior Whole Health by Molina Healthcare” (“Senior Whole Health”, “kami” o “aming”) ay gumagamit at nagbabahagi ng protektadong impormasyon sa kalusugan tungkol sa iyo upang ibigay ang mga benepisyo sa kalusugan sa iyo bilang isang miyembro ng Senior Whole Health.

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

Ginagamit at ibinabahagi namin ang iyong impormasyon upang maisagawa ang paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Ginagamit at ibinabahagi rin namin ang iyong impormasyon para sa iba pang mga kadahilanan na pinapayagan at iniaatas ng batas. May tungkulin kami na panatilihin pribado ang iyong impormasyon sa kalusugan at sundin ang mga tuntunin ng Abisong ito. Ang petsa na magiging epektibo ang Abiso na ito ay sa Oktubre 1, 2021.

Nangangahulugan ang **PHI** na protected health information o protektadong impormasyon ng kalusugan. Ang PHI ay impormasyong pangkalusugan na kinabibilangan ng iyong pangalan, numero bilang Miyembro o iba pang mga pagkakakilanlan, at ginagamit o ibinabahagi ito ng Senior Whole Health.

Bakit ginagamit o ibinabahagi ng Senior Whole Health ang iyong PHI?

Ginagamit o ibinabahagi namin ang iyong PHI upang mabigyan ka ng mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Ang iyong PHI ay ginagamit o ibinabahagi para sa paggamot, pagbabayad, at mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan.

Para sa Paggamot

Maaaring gamitin o ibahagi ng Senior Whole Health ang iyong PHI upang mabigyan ka, o maiayos, ang iyong pangangalagang medikal. Kasama rin sa paggamot na ito ang mga referral sa pagitan ng iyong mga doktor o iba pang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan. Halimbawa, maaari kaming magbahagi ng impormasyon tungkol sa kondisyon ng iyong kalusugan sa isang espesyalista. Tinutulungan nito ang espesyalista na makipag-usap tungkol sa iyong paggamot sa iyong doktor.

Para sa Pagbabayad

Maaaring gamitin o ibahagi ng Molina ang PHI upang makagawa ng mga desisyon sa pagbabayad. Maaaring kabilang dito ang mga paghahabol, mga pag-apruba para sa paggamot, at mga desisyon tungkol sa medikal na pangangailangan. Ang iyong pangalan, iyong kondisyon, iyong paggamot, at mga panustos na ibinigay ay maaaring nakasulat sa singil. Halimbawa, maaari naming ipaalam sa isang doktor na taglay mo ang mga benepisyo namin. Sasabihin din namin sa doktor ang halaga ng bayarin na babayaran namin.

Para sa mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan

Maaaring gamitin o ibahagi ng Molina ang PHI tungkol sa iyo upang mapatakbo ang aming planong pangkalusugan. Halimbawa, maaari kaming gumamit ng impormasyon mula sa iyong paghahabol upang maipalam sa iyo ang tungkol sa isang programang pangkalusugan na maaaring makatulong sa iyo. Maaari rin naming gamitin o ibahagi ang iyong PHI upang malutas ang mga alalahanin ng Miyembro. Ang iyong PHI ay maaari ding gamitin upang makita kung nababayaran nang tama ang mga paghahabol.

Ang mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan ay kinabibilangan ng maraming pang-araw-araw na pangangailangan sa negosyo. Kabilang dito ang ngunit hindi limitado sa mga sumusunod:

- Pagpapabuti ng kalidad;
- Mga aksyon sa mga programang pangkalusugan upang matulungan ang mga Miyembro sa ilang partikular na kundisyon (tulad ng hika);
- Pagsasagawa o pag-aayos para sa medikal na pagsusuri;
- Mga serbisyong legal, kabilang ang mga programa sa pagtuklas ng panloloko at pang-aabuso at paglilitis;
- Mga aksyon para matulungan tayong sumunod sa mga batas;
- Tugunan ang mga pangangailangan ng Miyembro, kabilang ang paglutas sa mga reklamo at karaingan.

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

Ibabahagi namin ang iyong PHI sa ibang kumpanya ("**mga kasama sa negosyo**") na nagsasagawa ng iba't ibang uri ng mga aktibidad para sa aming planong pangkalusugan. Maaari din naming gamitin ang iyong PHI para mabigyan ka ng mga paalala tungkol sa iyong mga appointment. Maaari naming gamitin ang iyong PHI para mabigyan ka ng impormasyon tungkol sa ibang paggamot, o iba pang benepisyo at serbisyong nauugnay sa kalusugan.

Kailan maaaring gamitin o ibahagi ng Molina ang iyong PHI nang walang nakasulat na pahintulot (pag-apruba) mula sa iyo?

Bukod sa paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan, pinapayagan o inatasan ng batas ang Molina na gamitin at ibahagi ang iyong PHI para sa ilang iba pang mga layunin kabilang ang mga sumusunod:

Kinakailangan ng batas

Gagamitin o ibabahagi namin ang impormasyon tungkol sa iyo ayon sa iniaatas ng batas. Ibabahagi namin ang iyong PHI kapag kinakailangan ng Kalihim ng Department of Health and Human Services (HHS). Maaaring para ito sa isang kaso sa korte, iba pang legal na pagsusuri, o kapag kinakailangan para sa mga layuning pagpapatupad ng batas.

Pampublikong Kalusugan

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa mga aktibidad sa pampublikong kalusugan. Maaaring kabilang dito ang pagtulong sa mga ahensya ng pampublikong kalusugan upang maiwasan o makontrol ang sakit.

Pangangasiwa sa Pangangalaga sa Kalusugan

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi sa mga ahensya ng gobyerno. Maaaring kailanganin nila ang iyong PHI para sa mga pag-audit.

Pananaliksik

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa pananaliksik sa ilang partikular na kaso, gaya ng kapag inaprubahan ng isang privacy o lupon ng institusyonal na pagsusuri.

Mga Legal o Administratibong Pamamaraan

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa mga legal na paglilitis, gaya ng pagtugon sa isang utos ng hukuman.

Pagpapatupad ng Batas

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi sa pulisya para sa mga layunin ng pagpapatupad ng batas, tulad ng pagtulong sa paghahanap ng suspek, saksi o nawawalang tao.

Kalusugan at kaligtasan

Ang iyong PHI ay maaaring ibahagi upang maiwasan ang malubhang banta sa kalusugan o kaligtasan ng publiko.

Mga Tungkulin ng Gobyerno

Ang iyong PHI ay maaaring ibahagi sa gobyerno para sa mga espesyal na gawain. Ang isang halimbawa ay upang protektahan ang Pangulo.

Mga Biktima ng Pang-aabuso, Pagpapabaya o Karahasan sa Tahanan

Ang iyong PHI ay maaaring ibahagi sa mga legal na awtoridad kung naniniwala kami na biktima ng pang-aabuso o pagpapabaya ang isang tao.

Kabayaran sa Mga Manggagawa

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi upang masunod ang mga batas sa Kabayaran ng mga Manggagawa.

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

Iba Pang Pagbubunyag

Maaaring ibahagi ang inyong PHI sa mga direktor ng punerarya o coroner upang tulungan silang gawin ang kanilang mga trabaho.

Kailan kailangan ng Senior Whole Health ang nakasulat na awtorisasyon mo (pag-apruba) para magamit o ibahagi ang inyong PHI?

Kailangan ng Senior Whole Health ang nakasulat na pag-apruba mo upang gamitin o ibahagi ang inyong PHI para sa isang layunin maliban sa mga nakalista sa Abisong ito. Kailangan ng Molina ang iyong pahintulot bago namin ibunyag ang inyong PHI para sa mga sumusunod: (1) karamihan sa mga gamit at pagsisiwalat ng mga tala ng psychotherapy; (2) mga paggamit at pagsisiwalat para sa mga layunin ng marketing; at (3) mga paggamit at pagsisiwalat na may kinalaman sa pagbebenta ng PHI. Maaari mong kanselahin ang isang nakasulat na pag-apruba na ibinigay mo sa amin. Ang iyong pagkansela ay hindi mailalapat sa mga aksyon na nagawa na namin dahil sa pag-apruba na naibigay mo na sa amin.

Ano ang mga karapatan mo sa impormasyon sa kalusugan?

May karapatan kang:

- **Humiling ng Mga Paghihigpit sa Mga Paggamit o Pagbubunyag ng PHI (Pagbabahagi ng Iyong PHI)**
Maaari mong hilingin sa amin na huwag ibahagi ang inyong PHI para magsagawa ng paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalaga sa kalusugan. Maaari mo ring hilingin sa amin na huwag ibahagi ang inyong PHI sa kapamilya, mga kaibigan o iba pang mga taong pinangalanan mo na kasangkot sa iyong pangangalagang pangkalusugan. Gayunpaman, hindi kami kinakailangang sumang-ayon sa iyong kahilingan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina sa paggawa sa iyong kahilingan.
- **Humiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon ng PHI**
Maaari mong hilingin sa Molina na ibigay sa iyo ang inyong PHI sa isang partikular na paraan o sa isang partikular na lugar upang makatulong na mapanatiling pribado ang inyong PHI. Susundin namin ang mga makatwirang kahilingan, kung sasabihin mo sa amin kung paano maaaring ilagay sa panganib ang buhay mo sa pagbabahagi ng lahat o bahagi ng PHI na iyon. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina sa paggawa sa iyong kahilingan.
- **Pagsusuri at Kopya ng Iyong PHI**
May karapatan kang suriin at makakuha ng kopya ng inyong PHI na hawak namin. Maaaring kabilang dito ang mga rekord na ginamit sa paggawa ng saklaw, mga paghahabol at iba pang mga desisyon bilang Miyembro ng Molina. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina sa paggawa sa iyong kahilingan. Maaari ka naming singilin ng makatwirang bayad para sa pagkopya at pagpapadala ng mga talaan sa koreo. Sa ilang mga kaso maaari naming tanggiin ang kahilingan. Mahalagang Paalala: Wala kaming kumpletong mga kopya ng inyong mga medikal na rekord. Kung gusto mong tingnan, kumuha ng kopya ng, o baguhin ang inyong mga medikal na rekord, mangyaring makipag-ugnayan sa inyong doktor o klinika.
- **Baguhin ang Iyong PHI**
Maaari mong hilingin na amyendahan namin (baguhin) ang inyong PHI. Kinabibilangan lamang ito ng mga rekord na itinago namin tungkol sa iyo bilang isang Miyembro. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina sa paggawa sa iyong kahilingan. Maaari kang maghain ng liham ng hindi pagsang-ayon sa amin kung tatanggihan namin ang kahilingan.

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

• Makatanggap ng Accounting ng Mga Pagbubunyag ng PHI (Pagbabahagi ng Iyong PHI)

Maaari mong hilingin na bigyan ka namin ng isang listahan ng ilang partikular na mga partido na pinagbahaginan namin ng iyong PHI sa loob ng anim na taon bago ang petsa ng iyong kahilingan. Hindi isasama sa listahan ang PHI na ibinahagi ayon sa sumusunod:

- para sa paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan;
- sa mga tao tungkol sa kanilang sariling PHI;
- pagbabahagi na ginawa nang may pahintulot mo;
- insidente sa paggamit o pagsisiwalat na hindi pinahihintulutan o kinakailangan sa ilalim ng naaangkop na batas;
- PHI na inilabas para sa kapakanan ng pambansang seguridad o para sa intelihensiya; o
- bilang bahagi ng isang limitadong datos na naitakda alinsunod sa naaangkop na batas

Sisingil kami ng makatwirang bayad para sa bawat listahan kung hihilingin mo ang listahang ito nang higit sa isang beses sa 12-buwan na panahunan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina sa paggawa sa iyong kahilingan.

Maaari kang gumawa ng alinman sa mga kahilingang nakalista sa itaas, o maaari kang makakuha ng papel na kopya ng Abisong ito. Pakitawagan ang Senior Whole Health Member Services sa walang bayad na numero ng telepono sa iyong Senior Whole Health ID card, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711.

Ano ang magagawa mo kung hindi napoprotektahan ang mga karapatan mo?

Maaari kang magreklamo sa Senior Whole Health at sa Department of Health at Human Services kung naniniwala kang nilabag ang mga karapatan mo sa privacy. Hindi kami gagawa ng anumang bagay laban sa iyo para sa paghahain ng reklamo. Ang iyong pangangalaga at mga benepisyos ay hindi magbabago sa anumang paraan.

Maaari kang maghain ng reklamo sa amin sa:

Sa Telepono:

Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Senior Whole Health sa walang bayad na numero ng telepono sa iyong Senior Whole Health ID card, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711.

Sa Pagsusulat:

Senior Whole Health
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977FAX:

Maaari kang maghain ng reklamo sa Kalihim ng Department of Health and Human Services ng U.S. sa:

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

Ano ang mga tungkulin ng Senior Whole Health?

Kinakailangan ng Senior Whole Health na:

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

- Panatilihin ang iyong PHI na pribado;
- Bigyan ka ng nakasulat na impormasyon, tulad nito sa aming mga tungkulin at mga kasanayan sa pagkapribado tungkol sa iyong PHI;
- Magbigay sa inyo ng abiso kung sakaling magkaroon ng anumang paglabag sa hindi secure na PHI ninyo;
- Huwag gamitin o ibunyag ang genetic na impormasyon ninyo para sa mga layunin ng pag-underwrite;
- Sundin ang mga tuntunin ng Abiso na ito.

Napapailalim ang Abisong ito sa Pagbabago

Inirereserba ng Molina ang karapatang baguhin ang mga kasanayan sa impormasyon nito at mga tuntunin ng Abisong ito anumang oras. Kung gagawin namin, malalapat ang mga bagong tuntunin at kasanayan sa lahat ng PHI na pinapanatili namin. Kung gagawa kami ng anumang materyal na pagbabago, ipo-post ng Molina ang binagong Abiso sa aming web site at ipapadala ang binagong Abiso, o impormasyon tungkol sa materyal na pagbabago at kung paano makuha ang binagong Abiso, sa aming susunod na taunang pagpapadala sa aming mga miyembro na saklaw ng Molina.

Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Kung mayroon kang anumang mga katanungan, mangyaring kontakin ang sumusunod na opisina:

Sa Telepono:

Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Senior Whole Health sa walang bayad na numero ng telepono sa iyong Senior Whole Health ID card, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711.

Puwede ninyong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, gaya ng malaking print, braille, o audio. Tawagan ang Senior Whole Health Member Services sa walang bayad na numero ng telepono sa iyong Senior Whole Health ID card, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Libre ang tawag.

Seksyon 1.4 Dapat ka naming bigyan ng impormasyon tungkol sa plano, sa network ng mga provider nito, at sa mga sakop mo na serbisyo

Bilang miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), may karapatan kang makakuha ng ilang uri ng impormasyon mula sa amin.

Kung gusto mo ng alinman sa mga sumusunod na uri ng impormasyon, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro:

- **Impormasyon tungkol sa aming plano.** Kabilang dito, halimbawa, ang impormasyon tungkol sa kalagayang pinansyal ng plano.
- **Impormasyon tungkol sa aming mga provider ng network at parmasya.** May karapatan kang makakuha ng impormasyon tungkol sa mga kwalipikasyon ng mga provider at parmasya sa aming network at kung paano namin binabayaran ang mga provider sa aming network.
- **Impormasyon tungkol sa iyong saklaw at ang mga panuntunang dapat mong sundin kapag ginagamit ang iyong saklaw.** Ang Kabanata 3 at 4 ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa mga medikal na serbisyo. Ang Kabanata 5 ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa Part D na saklaw ng inireresetang gamot.

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

- **Impormasyon tungkol sa kung bakit hindi sakop ang isang bagay at kung ano ang maaari mong gawin tungkol dito.** Ang Kabanata 8 ay nagbibigay ng impormasyon sa paghingi ng nakasulat na paliwanag kung bakit hindi sakop ang isang medikal na serbisyo o Part D na gamot o kung pinaghihigpitan ang iyong saklaw. Ang Kabanata 8 ay nagbibigay din ng impormasyon sa paghiling sa amin na baguhin ang isang desisyon, na tinatawag ding apela.

Seksyon 1.5 Dapat naming suportahan ang karapatan mo na gumawa ng mga desisyon tungkol sa pangangalaga sa iyo
May karapatan kang malaman ang mga opsyon mo sa paggamot at lumahok sa mga desisyon tungkol sa iyong pangangalaga sa kalusugan

May karapatan kang makakuha ng buong impormasyon mula sa iyong mga doktor at iba pang provider ng pangangalaga sa kalusugan. Dapat ipaliwanag ng inyong mga provider ang inyong medikal na kondisyon at ang mga pagpipilian ninyong paggamot *sa paraang nauunawaan ninyo*.

May karapatan ka rin na ganap na lumahok sa mga desisyon tungkol sa pangangalaga sa kalusugan mo. Para matulungan kang gumawa ng mga desisyon sa iyong mga doktor tungkol sa kung anong paggamot ang pinakamainam para sa iyo, kasama sa mga karapatan mo ang sumusunod:

- **Para malaman ang tungkol sa lahat ng mga opsyon mo.** May karapatan kang masabihan tungkol sa lahat ng opsyon sa paggamot na inirerekomenda para sa kondisyon mo, anuman ang halaga ng mga ito o kung sila ay sakop ng aming plano. Kasama rin dito ang pagsasabihan tungkol sa mga programang inaalok ng aming plano para tulungan ang mga miyembro na pamahalaan ang kanilang mga gamot at gumamit ng mga gamot nang ligtas.
- **Para malaman ang tungkol sa mga panganib.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa anumang mga panganib na kasangkot. Dapat naming sabihin sa inyo nang maaga kung ang anumang serbisyo o paggamot ay bahagi ng isang eksperimento sa pananaliksik. May karapatan kayong tanggiin ang mga iniekperimentong paggamot.
- **Ang karapatang magsabi ng "hindi."** May karapatan kayong tanggiin ang kahit anong paggamot. Kabilang dito ang karapatang umalis sa ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit na pinapayuhan kayo ng doktor ninyo na huwag umalis. May karapatan ka ring huminto sa pag-inom ng gamot mo. Gayunpaman, kung tumanggi kayo sa paggamot o huminto sa paggamit ng gamot, tinatanggap ninyo ang buong responsibilidad para sa kung ano ang mangyayari sa inyo.

May karapatan kang magbigay ng mga tagubilin tungkol sa kung ano ang dapat gawin kung hindi ka makakagawa ng mga medikal na desisyon para sa sarili mo

Minsan ang mga tao ay hindi makapagpasya sa pangangalaga ng kalusugan para sa kanilang sarili dahil sa mga aksidente o malubhang karamdaman. May karapatan kang sabihin kung ano ang gusto mong mangyari kung ikaw ay nasa ganitong sitwasyon. Nangangahulugan ito na, *kung gusto mo*, maaari mong:

- Punan ang isang nakasulat na form upang bigyan ang **isang tao ng legal na awtoridad na gumawa ng mga medikal na desisyon para sa iyo** kung sakaling hindi ka makapagpasya para sa sarili mo.
- **Bigyan ang inyong mga doktor ng nakasulat na tagubilin** kung paano isasagawa ang inyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi na ninyo kayang gumawa ng mga desisyon para sa inyong sarili, kasama ang pangangalagang hindi niyo gusto.

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

Ang mga legal na dokumento na maaari mong gamitin upang ibigay ang mga direksyon mo nang maaga sa mga sitwasyong ito ay tinatawag na **mga paunang direktiba**. Mayroong iba't ibang uri ng mga patiunang tagubilin at iba't ibang pangalan para sa mga ito. Ang mga dokumentong tinatawag na **living will** at **power of attorney para sa pangangalaga sa kalusugan** ay mga halimbawa ng mga paunang direktiba.

Kung gusto mong gumamit ng paunang direktiba para ibigay ang mga tagubilin mo, narito ang dapat gawin:

- **Kumuha ng form.** Maaari kang makakuha ng paunang direktiba na form mula sa abogado mo, mula sa isang social worker, o mula sa ilang mga tindahan ng supply ng opisina. Kung minsan ay makakakuha ka ng mga form ng paunang direktiba mula sa mga organisasyon na nagbibigay sa mga tao ng impormasyon tungkol sa Medicare. Maaari ka ring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para humingi ng mga form.
- Ang mga form ay makukuha rin sa pamamagitan ng link sa Caring Connections sa aming website, at sa <https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/>
- **Punan ito at lagdaan ito.** Saan mo man makuha ang form na ito, tandaan na ito ay isang legal na dokumento. Dapat mong ikonsidera ang pagkakaroon ng isang abogado na tumulong sa iyo sa paghahanda nito.
- **Magbigay ng mga kopya sa mga angkop na tao.** Dapat kang magbigay ng kopya ng form sa doktor mo at sa taong pinangalanan mo sa form na maaaring gumawa ng mga desisyon para sa iyo kung hindi mo magawa. Maaaring gusto mong magbigay ng mga kopya sa malalapit na kaibigan o miyembro ng pamilya. Magtago ng kopya sa bahay.

Kung alam mo nang maaga na ikaw ay maoospital, at lumagda ka ng isang paunang direktiba, **magdala ng kopya kasama mo sa ospital.**

- Tatanungin kayo ng ospital kung lumagda kayo ng form ng paunang direktiba at kung dala ninyo ito.
- Kung wala kayong linagdaang form ng paunang direktiba, may mga form na makukuha sa ospital at tatanungin nila kayo kung gusto ninyong lumagda ng isa.

Tandaan, ikaw ang pumili kung gusto mong punan ang isang paunang direktiba (kasama na kung gusto mong lumagda ng isa kung ikaw ay nasa ospital). Ayon sa batas, walang sinuman ang maaaring tanggi ang pagmamalasakit o diskriminasyon mo laban sa iyo batay sa kung lumagda ka o hindi ng isang paunang direktiba.

Paano kung hindi sinunod ang mga tagubilin mo?

Kung lumagda ka ng isang paunang direktiba, at naniniwala kang hindi sinunod ng isang doktor o ospital ang mga tagubilin dito, maaari kang maghain ng reklamo sa Hotline ng Reklamo ng Kagawaran ng Kalusugan ng Estado ng New York sa 1-800-206-8125 (TTY 711).

Seksyon 1.6 May karapatan kang magreklamo at hilingin sa amin na muling ikonsidera ang mga desisyon na ginawa namin

Kung mayroon kang anumang problema, alalahanin, o reklamo at kailangan mong humiling ng saklaw, o gumawa ng apela, ang Kabanata 8 ng dokumentong ito ay nagsasabi kung ano ang maaari mong gawin. Anuman ang gagawin mo, humingi ng desisyon sa saklaw, gumawa ng apela, o magreklamo **kinakailangan naming tratuhin ka ng patas.**

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo**Seksyon 1.7 Ano ang magagawa mo kung naniniwala kang hindi patas ang pagtrato sa iyo o hindi iginagalang ang mga karapatan mo?****Kung ito ay tungkol sa diskriminasyon, tawagan ang Office for Civil Rights**

Kung naniniwala kang hindi patas ang pagtrato sa iyo o hindi iginagalang ang mga karapatan mo dahil sa iyong lahi, kapansanan, relihiyon, kasarian, kalusugan, etnisidad, pananampalataya (paniniwala), edad, oryentasyong sekswal, o bansang pinagmulan, dapat kang tumawag sa Kagawaran ng Health and Human Services' **Office for Civil Rights** sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o tumawag sa iyong lokal na Office for Civil Rights.

Tungkol ba ito sa ibang bagay?

Kung naniniwala ka na hindi patas ang pagtrato sa iyo o hindi iginagalang ang mga karapatan mo, at hindi ito tungkol sa diskriminasyon, maaari kang makakuha ng tulong sa pagharap sa problemang nararanasan mo:

- Maaari kang **tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro**.
- Maaari mong **tawagan ang SHIP**. Para sa mga detalye, pumunta sa Kabanata 2, Seksyon 3.
- O, **puwede kang tumawag sa Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (TTY 1-877-486-2048).

Seksyon 1.8 Paano makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo

Mayroong ilang lugar kung saan maaari kang makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo:

- Maaari kang **tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro**.
- Maaari mong **tawagan ang SHIP**. Para sa mga detalye, pumunta sa Kabanata 2, Seksyon 3.
- Maaari kayong makipag-ugnayan **Medicare**.
 - Maaari mong bisitahin ang website ng Medicare para basahin o i-download ang publikasyon na *Mga Karapatan at Proteksyon sa Medicare*. (Available ang publikasyon sa: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O, maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (TTY 1-877-486-2048).

SEKSYON 2 Mayroon kang mga karapatan bilang miyembro ng aming plano.

Ang mga bagay na kailangan mong gawin bilang miyembro ng plano ay nakalista sa ibaba. Kung mayroon kayong mga karagdagang tanong, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

- **Maging pamilyar sa iyong mga sakop na serbisyo at sa mga tuntuning dapat mong sundin para makuha ang mga saklaw na serbisyong ito.** Gamitin ang Ebidensya ng Saklaw na ito para matutunan kung ano ang saklaw para sa iyo at ang mga panuntunang kailangan mong sundin upang makuha ang mga sakop na serbisyo para sa iyo.
 - Ang Kabanata 3 at 4 ay nagbibigay ng mga detalye tungkol sa mga medikal na serbisyo sa iyo.
 - Ang Kabanata 5 ay nagbibigay ng mga detalye tungkol sa saklaw ng iyong Part D na inireresetang gamot.

Kabanata 7: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

- **Kung mayroon kang anumang iba pang saklaw ng segurong pangkalusugan o saklaw ng inireresetang gamot bilang karagdagan sa aming plano, kailangan mong sabihin sa amin.** Sinasabi sa iyo ng Kabanata 1 ang tungkol sa pagsasaayos ng mga benepisyong ito.
- **Sabihin sa inyong doktor at iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan** na miyembro kayo ng aming plano. Ipakita ang card membership card mo sa tuwing kukuha ka ng iyong medikal na pangangalaga o mga inireresetang gamot sa Part D.
- **Tulungan ang mga doktor mo at iba pang provider na tulungan ka sa pamamagitan ng pagbibigay sa kanila ng impormasyon, pagtatanong, at pagsunod sa pangangalaga sa iyo.**
 - Para makatulong na makuha ang pinakamahusay na pangangalaga, sabihin sa mga doktor mo at iba pang provider ng kalusugan ang tungkol sa mga problema mo sa kalusugan. Sundin ang mga plano sa paggamot at mga tagubilin na pinagkasunduan ninyo at ng mga tagapagkaloob ninyo.
 - Tiyaking alam ng mga doktor mo ang lahat ng gamot na iniinom mo, kabilang ang mga hindi resetang gamot, bitamina, at suplemento.
 - Kung mayroon kang anumang katanungan, siguraduhing magtanong at makakuha ng sagot na mauunawaan mo.
- **Maging makonsiderasyon.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng aming miyembro ang mga karapatan ng iba. Inaasahan din namin na kikilos ka sa paraang makakatulong sa maayos na pagpapatakbo ng opisina ng iyong doktor, mga ospital, at iba pang mga opisina.
- **Bayaran mo ang utang mo.** Bilang miyembro ng plano, responsable kayo para sa mga pagbabayad na ito:
 - Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong mga premium ng Medicare upang manatiling miyembro ng plano.
 - Kung kailangan mong bayaran ang dagdag na halaga para sa Part D dahil sa mas mataas na kita mo (tulad ng iniulat sa iyong huling tax return), dapat mong ipagpatuloy na direktang bayaran ang karagdagang halaga sa gobyerno para manatiling miyembro ng plano.
- **Kung lilipat ka sa loob ng lugar ng serbisyo ng aming plano, kailangan naming malaman** upang mapanatiling napapanahon ang rekord ng membership mo at malaman kung paano makipag-ugnayan sa iyo.
- **Kung lilipat ka sa labas ng aming pinagseserbisyuhang lugar, hindi kayo maaaring manatili sa aming plano.**
- Kung lilipat ka, mahalagang sabihin din sa Social Security (o sa Railroad Retirement Board).

KABANATA 8:

Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)**SEKSYON 1 Panimula****Seksyon 1.1 Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin**

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano haharapin ang mga problema at alalahanin. Ang prosesong ginagamit mo para pangasiwaan ang problema mo ay depende sa uri ng problemang nararanasan mo:

- Para sa ilang problema, kailangan mong gamitin ang **proseso para sa mga desisyon sa saklaw at apela**.
- Para sa iba pang problema, kailangan mong gamitin ang **proseso para sa paggawa ng mga reklamo**; tinatawag ding mga hinaing.

Ang bawat proseso ay may hanay ng mga panuntunan, pamamaraan, at mga deadline na dapat naming sundin at ikaw.

Seksyon 3 ay tutulong sa iyo na matukoy ang tamang proseso na gagamitin at kung ano ang dapat mong gawin.

Seksyon 1.2 Paano ang mga legal na termino?

May mga legal na termino para sa ilan sa mga tuntunin, pamamaraan, at uri ng mga deadline na ipinaliwanag sa kabanatang ito. Marami sa mga terminong ito ay hindi pamilyar sa karamihan ng mga tao at maaaring mahirap maunawaan. Para gawing mas madali ang mga bagay, ang kabanatang ito:

- Ay gumagamit ng mas simpleng mga salita bilang kapalit ng ilang mga legal na termino. Halimbawa, karaniwang sinasabi ng kabanatang ito ang "paggawa ng reklamo" sa halip na "pagsampa ng karaingan," "pagpasya sa saklaw" sa halip na "pinagsamang pagpapasiya ng organisasyon" o "pagpapasya sa saklaw" o "pagpapasiya sa panganib," at independiyenteng organisasyon ng pagsusuri sa halip na Independent Review Entity.
- Gumagamit kami ng kaunting mga pagdadaglat hangga't maaari.

Gayunpaman, maaari itong makatulong - at kung minsan ay lubos na mahalaga - para sa iyo na malaman ang mga tamang legal na termino. Ang pag-alam kung aling mga termino ang gagamitin ay makakatulong sa iyong makipag-usap nang mas tumpak para makuha ang tamang tulong o impormasyon para sa sitwasyon mo. Para matulungan kang malaman kung aling mga termino ang gagamitin, isinasama namin ang mga legal na termino kapag ibinigay namin ang mga detalye para sa paghawak ng mga partikular na uri ng mga sitwasyon.

SEKSYON 2 Saan makakakuha ng higit pang impormasyon at pinasadyang tulong

Lagi kaming handang tumulong sa iyo. Kahit na mayroon kang reklamo tungkol sa aming pagtrato sa iyo, obligado kaming igalang ang karapatan mong magreklamo. Samakatuwid, dapat palagi kang makipag-ugnayan sa serbisyo sa miyembro para sa tulong. Ngunit sa ilang sitwasyon ay maaaring gusto mo rin ng tulong o patnubay mula sa isang taong hindi konektado sa amin. Nasa ibaba ang dalawang entity na maaaring tumulong sa iyo.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Ang bawat estado ay may programa ng gobyerno na may mga sinanay na tagapayo. Ang HICAP ay hindi konektado sa amin o sa anumang kompanya ng seguro o plano sa kalusugan. Matutulungan ka ng mga tagapayo sa programang ito na maunawaan kung aling proseso ang dapat mong gamitin para pangasiwaan ang isang problema na nararanasan

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

mo. Maaari din nilang sagutin ang mga tanong mo, bigyan ka ng higit pang impormasyon, at mag-alok ng gabay sa kung ano ang gagawin.

Ang mga serbisyo ng mga tagapayo ng SHIP ay libre. Makakakita ka ng mga numero ng telepono at mga URL ng website sa Kabanata 2, Seksyon 3 ng dokumentong ito.

Medicare

Maaari ka ring makipag-ugnayan sa Medicare para makakuha ng tulong. Para makipag-ugnayan sa Medicare:

- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Maaari mong bisitahin ang website ng Medicare (www.medicare.gov).

Makakakuha ka ng tulong at impormasyon mula sa Medicaid

Pamamaraan	New York State Department of Health, New York City's Human Resources Administration at iba pang Local Districts of Social Mga Serbisyo kabilang ang Nassau, Orange, Rockland and Westchester County – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
Tumawag sa	New York State Medicaid (800) 505-5678 New York Human Resources Administration/Department of Social Services(DSS): (718) 557-1399 Nassau County: (516) 227-7474 Orange County: (845) 291-4000 Rockland County: (845) 364-3040 Westchester County: (914) 995-3333 Lunes - Biyernes, 8:30 a.m. – 8 p.m., Sabado 10 a.m. – 6 p.m.
Sumulat	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656 Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678 Rockland County DSS Building L 50 Sanatorium Road Pomona, New York 10970 White Plains District Office 85 Court Street

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Pamamaraan	New York State Department of Health, New York City's Human Resources Administration at iba pang Local Districts of Social Mga Serbisyo kabilang ang Nassau, Orange, Rockland and Westchester County – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
	White Plains, NY 10601-4201
Website	New York: http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml Nassau: https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html Orange: https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services Rockland: http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/ Westchester: http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Pamamaraan	Tanggapan ng Ombudsman – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
Tumawag sa	(888) 219-9818 Lunes – Biyernes, 8:30 a.m. hanggang 5: p.m.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita.
WEBSITE	http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp

Pamamaraan	Long Term Care Ombudsman – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
Tumawag sa	(855) 582-6769 Lunes – Biyernes, 8:30 a.m. at 5 p.m.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita.
WEBSITE	http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Pamamaraan	Livanta (Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad sa New York) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(866) 815-5440 Lunes - Biyernes mula 9:00 a.m. hanggang 5 p.m. lokal na oras; katapusan ng linggo at pista opisyal mula 10:00 a.m. hanggang 4 p.m. lokal na oras.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita.
SUMULAT	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
WEBSITE	https://www.livantaqio.com/

SEKSYON 3 Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano

Mayroon kang Medicare at kumuha ng tulong mula sa Medicaid. Ang impormasyon sa kabanatang ito ay nalalapat sa **lahat ng karamihan** sa yong mga benepisyong sa Medicare at Medi-Cal. Para sa karamihan ng mga benepisyong sa iyo, gagamit ka ng isang proseso para sa iyong mga benepisyong sa Medicare at iyong mga benepisyong sa Medicaid. Minsan ito ay tinatawag na "pinagsamang proseso" dahil pinagsasama, o pinagsasanib nito, ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Minsan ang mga proseso ng Medicare at Medicaid ay hindi pinagsama. Sa mga sitwasyong iyon, gumagamit ka ng proseso ng Medicare para sa benepisyong sakop ng Medicare at isang proseso ng Medicaid para sa benepisyong sakop ng Medicaid. Ang mga sitwasyong ito ay ipinaliwanag sa **Seksyon 6.4** ng kabanatang ito, “Bawat hakbang: Paano ginagawa ang isang Level 2 na apela.”

Mga problema sa iyong mga benepisyong**SEKSYON 4 Mga desisyon sa saklaw at apela**

Kung mayroon kang problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa iyong sitwasyon. Ang impormasyon sa ibaba ay makakatulong sa iyo na mahanap ang tamang seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo tungkol sa **mga benepisyong sakop ng Medicare o Medicaid**.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Ang problema o alalahanin ba ninyo ay tungkol sa mga benepisyo o saklaw ninyo?

Kabilang dito ang mga problema tungkol sa kung ang medikal na pangangalaga (mga bagay na medikal, serbisyo at/o mga inireresetang gamot sa Part B) ay sakop o hindi, ang paraan ng pagsakop sa mga ito, at mga problemang nauugnay sa pagbabayad para sa medikal na pangangalaga.

Oo.

Pumunta sa susunod na seksyon ng kabanatang ito, **Seksyon 5, “Isang gabay sa mga pangunahing kaalaman ng mga desisyon sa saklaw at apela.”**

Hindi.

Lumaktaw sa unahan sa **Seksyon 11** sa dulo ng kabanatang ito, **“Paano gumawa ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, oras ng paghihintay, serbisyo sa customer, o iba pang alalahanin.”**

SEKSYON 5 Isang gabay sa mga pangunahing kaalaman ng mga desisyon sa saklaw at apela

Seksyon 5.1 Paghingi ng mga desisyon sa saklaw at paggawa ng mga apela: ang buong sitwasyon

Ang mga desisyon sa saklaw at apela ay tumatalakay sa mga problemang nauugnay sa mga benepisyo sa iyo at saklaw para sa medikal na pangangalaga sa iyo (mga serbisyo, item, at Part B na mga inireresetang gamot, kabilang ang pagbabayad). Para panatilihin simple ang mga bagay, karaniwang tinutukoy namin ang mga medikal na bagay, serbisyo at mga inireresetang gamot ng Medicare Part B bilang **medikal na pangangalaga**. Ginagamit mo ang desisyon sa saklaw at proseso ng mga apela. Ito ang prosesong ginagamit mo para sa mga isyu tulad ng kung ang isang bagay ay sakop o hindi at ang paraan kung saan ang isang bagay ay nasasaklawan.

Paghingi ng mga desisyon sa saklaw bago makatanggap ng mga benepisyo

Ang desisyon sa saklaw ay isang desisyon na ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga serbisyong medikal na pangangalaga. Halimbawa, kung ang doktor mo sa network ng plano ay nagre-refer sa iyo sa isang medikal na espesyalista na wala sa loob ng network, ang referral na ito ay itinuturing na isang paborableng desisyon sa saklaw maliban kung ang alinman sa doktor mo sa network ay maaaring magpakita na nakatanggap ka ng isang karaniwang abiso sa pagtanggì para sa medikal na espesyalista na ito, o ang Katibayan ng Saklaw ay nilinaw na ang tinukoy na serbisyo ay hindi kailanman saklaw sa ilalim ng anumang kundisyon. Ikaw o ang doktor mo ay maaari ring makipag-ugnayan sa amin at humingi ng desisyon sa pagsakop kung ang iyong doktor ay hindi sigurado kung sasakupin namin ang isang partikular na medikal na serbisyo o tumanggi kaming magbigay ng medikal na pangangalaga na sa tingin mo ay kailangan mo. Kung gusto niyong malaman kung sasaklawin namin ang isang serbisyong medikal bago niyo ito makuha, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw para sa inyo.

Sa mga limitadong pagkakataon, ang isang kahilingan para sa isang desisyon sa pagsakop ay babalewalain, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa ng kapag ang isang kahilingan ay babalewalain kung ang kahilingan ay hindi kumpleto, kung may humiling sa ngalan mo ngunit hindi legal na awtorisadong gawin ito o kung hihilingin mong bawiin ang kahilingan mo. Kung ibabasura namin ang isang

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, padadalhan namin kayo ng paunawa na nagpapaliwanag kung bakit nabasura ang kahilingan at kung paano humiling ng pagsusuri sa pagbabasura.

Gumagawa kami ng desisyon sa saklaw tuwing magdedesisyon kami kung ano ang saklaw para sa inyo at kung magkano ang babayaran namin. Sa ilang mga kaso, maaari kaming magpasya na hindi sakop ang medikal na pangangalaga o hindi na saklaw ng Medicare para sa iyo. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon sa saklaw, maaari kayong gumawa ng apela.

Pag-apela

Kung gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw, bago man o pagkatapos matanggap ang isang benepisyo, at hindi ka nasisiyahan, maaari mong "iapela" ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang isang desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin. Sa ilang partikular na sitwasyon, na tinatalakay namin sa ibang pagkakataon, maaari kang humiling ng pinabilis o “mabilis na apela” ng isang desisyon sa pagsakop. Ang iyong apela ay pinangangasiwaan ng ibang mga tagasuri kaysa sa mga gumawa ng orihinal na desisyon.

Kapag nag-apela kayo sa isang desisyon sa unang pagkakataon, ito ay tinatawag na Antas 1 na Apela. Sa apelang ito, sinusuri namin ang desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin upang suriin kung sinunod namin nang maayos ang lahat ng mga patakaran. Kapag nakumpleto namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa inyo ang aming nakasulat na desisyon.

Sa mga limitadong pagkakataon, ang isang kahilingan para sa isang Level 1 na apela ay babalewalain, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa ng kapag ang isang kahilingan ay babalewalain kung ang kahilingan ay hindi kumpleto, kung may humiling sa ngalan mo ngunit hindi legal na awtorisadong gawin ito o kung hihilingin mong bawiin ang kahilingan mo. Kung ibabasura namin ang isang kahilingan para sa Level 1 na apela, padadalhan namin kayo ng paunawa na nagpapaliwanag kung bakit nabasura ang kahilingan at kung paano humiling ng pagsusuri sa pagbabasura.

Kung tatanggihan namin ang lahat o bahagi ng iyong Level 1 na apela para sa medikal na pangangalaga, ang iyong apela ay awtomatikong mapupunta sa Level 2. Ang Level 2 na apela ay isinasagawa ng Office of Administrative Hearings. Hindi sila konektado sa amin.

- Awtomatikong ipapadala ang iyong kaso sa Office of Administrative Hearings para sa Level 2 na apela – wala kang kailangang gawin. Ang Office of Administrative Hearings ay magpapadala sa iyo ng abiso upang kumpirmahin na natanggap nila ang iyong Level 2 na apela.
- Tingnan ang **Seksyon 6.4** ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa Anyssa 2 na mga apela.
- Ang mga apela sa Part D ay tinalakay pa sa Seksyon 7 ng kabanatang ito.

Kung hindi ka nasisiyahan sa desisyon sa Level 2 na apela, maaari kang magpatuloy sa pamamagitan ng mga karagdagang antas ng apela (Ang Seksyon 10 sa kabanatang ito ay nagpapaliwanag sa Level 3, 4, at 5 na mga proseso ng apela).

Seksyon 5.2	Paano makakuha ng tulong kapag humihingi ka ng desisyon sa saklaw o gumagawa ng apela
--------------------	--

Narito ang mga mapagkukunan kung magpasya kang humingi ng anumang uri ng desisyon sa pagsakop o mag-apela ng desisyon:

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Maaari kang **tumawag sa amin sa Mga Serbisyo sa Miyembro**.
- Makakakuha ka ng **libreng tulong** mula sa iyong State Health Insurance Assistance Program.
- **Ang iyong doktor o ibang provider ng pangangalaga sa kalusugan ay maaaring humiling para sa iyo.** Kung tumulong ang iyong doktor sa isang apela sa nakalipas na Level 2, kakailanganin silang itala bilang kinatawan mo. Pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro at hilingin ang form na “Paghirang ng Kinatawan”. (Ang form ay makukuha rin sa website ng Medicare sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
 - Para sa medikal na pangangalaga, ang iyong doktor o ibang provider ng pangangalaga sa kalusugan ay maaaring humiling ng desisyon sa pagsakop o isang Level 1 na apela sa ngalan mo. Kung ang iyong apela ay tinanggihan sa Level 1, awtomatiko itong ipapasa sa Level 2.
 - Kung hihilingin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o bagay na nakukuha niyo na sa panahon ng inyong apela, **maaaring** kailanganin ninyong pangalanan sila bilang inyong kinatawan para kumilos sa ngalan mo.
 - Para sa mga inireresetang gamot sa Part D, ang iyong doktor o iba pang tagareseta ay maaaring humiling ng desisyon sa pagsakop o ng Level 1 na apela para sa iyo. Kung ang iyong Level 1 na apela ay tinanggihan ang iyong doktor o tagareseta ay maaaring humiling ng Level 2 na apela.
- **Maaari mong hilingin sa isang tao na kumilos para sa iyo.** Maaari kayong magpangalan ng ibang tao na kikilos para sa inyo bilang inyong "kinatawan" upang humiling ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela.
 - Kung gusto mong maging kinatawan mo ang isang kaibigan, kamag-anak, o ibang tao, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro at hilingin ang form na “Paghirang ng Kinatawan”. (Ang form ay makukuha rin sa website ng Medicare sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) Ang form ay nagbibigay sa taong iyon ng pahintulot na kumilos sa ngalan mo. Dapat itong nilagdaan mo at ng taong gusto mong kumilos sa ngalan mo. Dapat ninyo kaming bigyan ng kopya ng nalagdaang form.
 - Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa apela nang wala ang form, ngunit hindi namin masisimulan o makokumpleto ang aming pagsusuri hanggang sa makuha namin ito. Kung hindi namin natanggap ang form bago ang aming deadline para sa paggawa ng desisyon sa iyong apela, mababasura ang iyong kahilingan sa apela. Kung mangyari ito, padadalhan ka namin ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng karapatan mong hilingin sa Office of Administrative Hearings na suriin ang aming desisyon na balewalain ang iyong apela.
- **May karapatan ka ring kumuha ng abogado.** Tawagan ninyo ang inyong sariling abogado, o kumuha ng pangalan ng abogado mula sa asosasyon ng lokal na bar o iba pang serbisyo sa referral. Bibigyan kayo ng ilang ligal na grupo ng mga libreng serbisyong ligal kung kwalipikado kayo. Gayunpaman, **hindi mo kailangang kumuha ng abogado** upang humingi ng anumang uri ng desisyon sa saklaw o mag-apela ng desisyon.

Seksyon 5.3 Aling seksyon ng kabanatang ito ang nagbibigay ng mga detalye para sa sitwasyon mo?

May apat na mga sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa pagsaklaw at mga apela. Dahil ang bawat sitwasyon ay may iba't ibang panuntunan at mga deadline, ibibigay namin ang mga detalye para sa bawat isa sa isang hiwalay na seksyon:

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- **Seksyon 6** ng kabanatang ito, “Ang iyong medikal na pangangalaga: Paano humingi ng desisyon sa saklaw o gumawa ng apela”
- **Seksyon 7** ng kabanatang ito, “Ang iyong Part D na mga inireresetang gamot: Paano humingi ng desisyon sa saklaw o gumawa ng apela”
- **Seksyon 8** ng kabanatang ito, "Paano hihilingin sa amin na sakupin ang mas mahabang pamamalagi sa ospital bilang inpatient kung sa tingin mo ay masyadong maaga kang pinalabas ng doktor"
- **Seksyon 9** ng kabanatang ito, “Paano hihilingin sa amin na patuloy na saklawin ang ilang partikular na medikal na serbisyo kung sa tingin mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong saklaw” (Nagagamit lamang sa mga serbisyong ito: pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sinanay na pag-aalaga, at mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF))

Kung hindi ka sigurado kung aling seksyon ang dapat mong gamitin, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Maaari ka ring makakuha ng tulong o impormasyon mula sa mga organisasyon ng gobyerno tulad ng iyong SHIP.

SEKSYON 6 Ang iyong medikal na pangangalaga: Paano humingi ng desisyon sa saklaw o mag-apela sa isang desisyon sa saklaw

Seksyon 6.1	Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang gagawin kung mayroon kayong mga problema sa pagkuha ng saklaw para sa medikal na pangangalaga o kung gusto ninyong bayaran namin kayo para sa inyong pangangalaga
--------------------	--

Ang seksyong ito ay tungkol sa mga benepisyo mo para sa medikal na pangangalaga. Ang mga benepisyong ito ay inilarawan sa Kabanata 4 ng dokumentong ito: *Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (kung ano ang saklaw)*. Sa ilang kaso, iba't ibang panuntunan ang nalalapat sa isang kahilingan para sa isang Part B na inireresetang gamot. Sa mga kasong iyon, ipapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga patakaran para sa mga inireresetang gamot sa Part B sa mga tuntunin para sa mga medikal na gamit at serbisyo.

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang maaari ninyong gawin sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Hindi ka nakakakuha ng tiyak na medikal na pangangalaga na gusto mo, at naniniwala ka na saklaw ng aming plano ang pangangalagang ito. **Humingi ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 6.2.**
2. Hindi aaprubahan ng aming plano ang medikal na pangangalagang gustong ibigay sa iyo ng iyong doktor o iba pang provider ng pangangalaga sa kalusugan, at naniniwala ka na saklaw ng aming plano ang pangangalagang ito. **Humingi ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 6.2.**
3. Nakatanggap ka ng medikal na pangangalagang pinaniniwalaan mong dapat saklawin ng aming plano, ngunit sinabi namin na hindi namin babayaran ang pangangalagang ito. **Gumawa ng apela. Seksyon 6.3.**
4. Natanggap at binayaran mo ang medikal na pangangalagang pinaniniwalaan mong dapat saklawin ng aming plano, at gusto mong hilingin sa aming plano na ibalik ang nagastos mo para sa pangangalagang ito. **Ipadala sa aminang bayarin. Seksyon 6.5.**
5. Sinasabi sa iyo na ang pagsaklaw para sa ilang partikular na medikal na pangangalagang iyong natatanggap (na naaprubahan namin dati) ay babawasan o ititigil, at naniniwala ka na ang pagbawas o pagpapahinto sa pangangalagang ito ay maaaring makapinsala sa kalusugan mo. **Gumawa ng apela. Seksyon 6.3.**

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- **Tandaan:** Kung ang saklaw na ititigil ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sinanay na pag-aalaga, o mga serbisyo ng **Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF)**, kailangan mong basahin ang Seksyon 8 at 9 ng kabanatang ito. Nalalapat ang mga espesyal na tuntunin sa mga ganitong uri ng pangangalaga.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)**Seksyon 6.2 Bai-baitang: Paano humingi ng desisyon sa pagsaklaw****Mga Legal na Tuntunin**

Kapag ang isang desisyon sa pagsaklaw ay nagsasangkot ng inyong medikal na pangangalaga, ito ay tinatawag na isang “**pinagsama-samang pagpapasiya ng organisasyon.**”

Ang isang “mabilis na desisyon sa saklaw” ay tinatawag na isang “**pinabilis na pagpapasiya sa saklaw.**”

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng "karaniwang desisyon sa saklaw" o "mabilis na desisyon sa saklaw".

Ang isang "karaniwang desisyon sa saklaw" ay karaniwang ginagawa sa loob ng 14 na araw o 72 oras para sa mga gamot sa Part B. Ang isang “mabilis na desisyon sa saklaw” ay karaniwang ginagawa sa loob ng 72 oras, para sa mga medikal na serbisyo, 24 na oras para sa mga gamot sa Part B. Upang makakuha ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw, dapat ninyong matugunan ang dalawang kinakailangan:

- Maaari ka *lamang* humingi ng saklaw para sa mga medikal na gamit at/o mga serbisyo (hindi mga kahilingan para sa pagbabayad para sa mga item at/o serbisyong natanggap na).
- Makakakuha ka *lamang* ng mabilis na desisyon sa saklaw kung ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay maaaring *magdulot ng malubhang pinsala sa iyong kalusugan o makakapinsala sa iyong kakayahang kumilos.*
- Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor na ang iyong kalusugan ay nangangailangan ng “mabilis na desisyon sa saklaw”, sumasang-ayon kami at ibibigay ito sa iyo.
- Kung hihiling ka ng mabilis na desisyon sa saklaw sa sarili mo, nang walang suporta ng iyong doktor, magpapasya kami kung kailangan ng kalusugan mo na bigyan ka namin ng mabilis na desisyon sa saklaw. Kung hindi namin aaprubahan ang isang mabilis na desisyon sa saklaw, padadalhan ka namin ng sulat na:
 - Ipinapaliwanag na gagamitin namin ang karaniwang mga deadline.
 - Ipinapaliwanag kung hihilingin ng iyong doktor ang mabilis na desisyon sa saklaw, awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng mabilis na desisyon sa saklaw.
 - Kung paano kayo makakapaghain ng "mabilis na reklamo" tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na isang mabilis na desisyon sa pagsaklaw.

Hakbang 2: Hilingin sa aming plano na gumawa ng desisyon sa saklaw o mabilis na desisyon sa saklaw.

- Magsimula sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o pag-fax sa aming plano upang gawin ang kahilingan mo para sa amin na pahintulutan o magbigay ng saklaw para sa medikal na pangangalaga na gusto mo. Ikaw, ang iyong doktor, o ang kinatawan mo ay maaaring gawin ito. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Hakbang 3: Ikinokonsidera namin ang kahilingan mo para sa saklaw ng medikal na pangangalaga at ibinibigay namin sa iyo ang aming sagot.

Para sa mga karaniwang desisyon sa saklaw, ginagamit namin ang mga karaniwang deadline.

Nangangahulugan ito na bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang kahilingan mo **para sa isang medikal na gamit o serbisyo**. Kung ang kahilingan mo ay para sa iniresetang gamot ng **Medicare Part B**, bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang kahilingan mo.

- **Gayunpaman**, kung humingi ka ng karagdagang oras, o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaaring makinabang sa iyo, **maaari itong tumagal ng hanggang 14 pang araw** kung ang kahilingan mo ay para sa isang medikal na gamit o serbisyo. Kung magdadagdag kami ng mga araw, ipapaalam namin sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Ang Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay hindi maaaring maglaan ng dagdag na oras upang gumawa ng desisyon kung ang inyong kahilingan ay para sa isang iniresetang gamot ng Medicare Part B.
- Kung naniniwala kang *hindi* kami dapat tumagal ng mga karagdagang araw, maaari kang maghain ng "mabilis na reklamo." Bibigyan ka namin ng sagot sa reklamo mo sa sandaling gumawa kami ng desisyon. Ang proseso para sa paggawa ng reklamo ay iba sa proseso para sa mga desisyon sa saklaw at mga apela. Tingnan ang Seksyon 11 ng kabanatang ito para sa impormasyon sa mga reklamo.)

Para sa mabilis na mga desisyon sa saklaw, gumagamit kami ng pinabilis na takdang panahon

Ang isang mabilis na desisyon sa saklaw ay nangangahulugang sasagutin namin sa loob ng 72 oras kung ang kahilingan mo ay para sa isang medikal na gamit o serbisyo. Kung ang kahilingan mo ay para sa inireresetang gamot ng Medicare Part B, sasagot kami sa loob ng 24 na oras.

- **Gayunpaman**, kung hihingi ka ng karagdagang oras, o kung kailangan namin ng higit pa na maaaring makinabang sa iyo, **maaari itong tumagal ng hanggang 14 pang araw**. Kung magdadagdag kami ng mga araw, ipapaalam namin sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Ang Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay hindi maaaring maglaan ng dagdag na oras upang gumawa ng desisyon kung ang inyong kahilingan ay para sa isang iniresetang gamot ng Medicare Part B.
- Kung naniniwala kang *hindi* kami dapat tumagal ng ilang mga araw, maaari kang maghain ng “mabilisang reklamo”. (Tingnan ang Seksyon 11 ng kabanatang ito para sa impormasyon sa mga reklamo.) Tatawagan namin kayo sa sandaling gumawa kami ng desisyon.
- **Kung hindi ang sagot namin sa bahagi o lahat ng hiniling mo**, padadalhan ka namin ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit namin sinabing hindi.

Hakbang 4: Kung tatanggihan namin ang kahilingan mo para sa saklaw para sa medikal na pangangalaga, maaari kang umapela.

- Kung sasabihin naming hindi, may karapatan kang hilingin sa amin na muling ikonsidera ang desisyong ito sa pamamagitan ng pag-apela. Nangangahulugan ito ng pagtatanong muli para makuha ang saklaw ng medikal na pangangalagang gusto mo. Kung gagawa ka ng apela, nangangahulugan ito na pupunta ka sa Level 1 ng proseso ng mga apela.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)**Seksyon 6.3 Bai-baitang: Paano gumawa ng Level 1 na apela****Mga Legal na Tuntunin**

Ang isang apela sa plano tungkol sa isang desisyon sa saklaw ng medikal na pangangalaga ay tinatawag na isang plano na **“pinagsamang muling pagsasaalang-alang.”**

Ang “mabilis na apela” ay tinatawag ding **“pinabilis na muling pagpapasiya.”**

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng “karaniwang apela” o isang “mabilis na apela.”

Karaniwang ginagawa ang “karaniwang apela” sa loob ng 30 araw o 7 araw para sa mga gamot sa Part B. Ang isang “mabilis na apela” ay karaniwang ginagawa sa loob ng 72 oras.

- Kung aapela kayo sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw para sa pangangalaga na hindi ninyo pa nakuha, kayo at/o ang inyong doktor ang magpapasya kung kailangan ninyo ng “mabilis na apela.” Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan, bibigyan namin kayo ng “mabilis na apela”.
- Ang mga kinakailangan para sa pagkuha ng isang “mabilis na apela” ay pareho sa para sa pagkuha ng isang “mabilis na desisyon sa saklaw” sa Seksyon 6.2 ng kabanatang ito.

Hakbang 2: Tanungin ang aming plano para sa isang apela o isang mabilis na apela

- **Kung humihiling ka ng karaniwang apela, isumite ang karaniwan mong apela nang nakasulat.** Maaari ka ring humingi ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- **Kung humihiling ka ng mabilis na apela, gawin ang iyong apela sa pamamagitan ng sulat o tawagan kami.** Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- **Dapat mong gawin ang kahilingan na apela sa loob ng 65 araw** mula sa ipinadala naming petsa sa nakasulat na abiso upang sabihin sa iyo ang aming sagot sa desisyon sa saklaw. Kung napalampas mo ang huling araw na ito at may magandang dahilan ka para hindi ito makaligtaan, ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuhuli ang iyong apela kapag ginawa mo ang iyong apela. Maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras upang gawin ang iyong apela. Maaaring kabilang sa mga halimbawa ng mabuting dahilan ang isang malubhang karamdaman na humadlang sa iyo na makipag-ugnayan sa amin o kung nagbigay kami sa iyo ng hindi tama o hindi kumpletong impormasyon tungkol sa deadline para sa paghiling ng apela.
- **Maaari kang humingi ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa medikal na desisyon sa iyo. Ikaw at ang inyong doktor ay maaaring magbigay sa amin ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.**

Kung sasabihin namin sa inyo na ihihinto o binabawasan namin ang mga serbisyo o gamit na nakukuha niyo na, maaari ninyong ipagpatuloy ang mga serbisyo o gamit na iyon sa panahon ng inyong apela.

- Kung magpasya kaming baguhin o ihinto ang saklaw para sa isang serbisyo o aytem na naaprubahan dati, padadalhan namin kayo ng isang abiso bago gumawa ng aksyon.
- Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng Level 1 na Apela. Patuloy naming sinasaklaw ang serbisyo o item kung hihingi kayo ng Level 1 na Apela sa loob ng 10 araw sa kalendaryo ng petsa sa aming liham o sa nilalayong petsa ng pagkakaroon ng bisa ng aksyon, alinman ang mas huli.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Kung matugunan ninyo ang deadline na ito, makukuha niyo ang serbisyo o item na walang pagbabago habang nakabinbin ang inyong Level 1 na apela. Makukuha niyo rin ang lahat ng iba pang serbisyo o gamit (na hindi paksa ng inyong apela) nang walang mga pagbabago.

Hakbang 3: Isinasaalang alang namin ang iyong apela at binibigyan ka ng aming sagot.

- Susuriin namin ang inyong apela at tinitingnan ang lahat ng impormasyon. Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng patakaran kapag sinabi namin ang hindi sa inyong kahilingan.
- Mangangalap kami ng higit pang impormasyon kung kinakailangan, posibleng makipag-ugnayan sa iyo o sa iyong doktor.

Mga deadline ng isang “mabilis na apela”

- Para sa mabilis na mga apela, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela**. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kailangan ito ng kalusugan ninyo.
 - Gayunpaman, kung humingi ka ng karagdagang oras, o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaaring makinabang sa iyo, maaari **itong tumagal ng hanggang 14 pang araw ng kalendaryo** kung ang kahilingan mo ay para sa isang medikal na gamit o serbisyo. Kung magdadagdag kami ng mga araw, ipapaalam namin sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras kung ang inyong kahilingan ay para sa iniresetang gamot ng Medicare Part B.
 - Kung hindi ka namin binigyan ng sagot sa loob ng 72 oras (o sa pagtatapos ng pinalawig na yugto ng panahon kung tumagal kami ng mga karagdagang araw), kinakailangan naming awtomatikong ipadala ang kahilingan mo sa Level 2 ng proseso ng mga apela, kung saan ito susuriin ng isang independiyenteng organisasyon ng pagsusuri. Ipinapaliwanag ng Seksyon 6.4 ang proseso ng Level 2 ng apela.
- **Kung sasabihin naming oo sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela.
- **Kung ang sagot namin ay hindi sa bahagi o lahat ng iyong hiniling**, ipapadala namin sa iyo ang aming desisyon nang nakasulat at awtomatikong ipapasa ang iyong apela sa Office of Administrative Hearings para sa Level 2 na apela. Ang Office of Administrative Hearings ay mag-iskedyul ng pagdinig para sa iyong kaso, at ipapaalam sa iyo ang petsa at oras ng pagdinig nang nakasulat kapag natanggap nito ang iyong apela.

Mga deadline ng isang “karaniwang” apela

- Para sa karaniwang apela, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 30 na araw** pagkatapos naming makuha ang kahilingan mo. Kung ang kahilingan mo ay para sa inireresetang gamot ng Medicare Part B na hindi mo pa natatanggap, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kailangan ito ng kalusugan ninyo.
 - Gayunpaman, kung humingi ka ng karagdagang oras, o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaaring makinabang sa iyo, maaari **itong tumagal ng hanggang 14 pang araw ng kalendaryo** kung ang kahilingan mo ay para sa isang medikal na gamit o serbisyo. Kung magdadagdag kami ng mga araw, ipapaalam namin sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Ang Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay hindi maaaring maglaan ng dagdag na oras upang gumawa ng desisyon kung ang inyong kahilingan ay para sa isang iniresetang gamot ng Medicare Part B.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Kung naniniwala kang **hindi** kami dapat tumagal ng mga karagdagang araw, maaari kang maghain ng "mabilis na reklamo." Kapag maghahain kayo ng mabilis na reklamo, ibibigay namin sa inyo ang sagot namin sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras. (Para sa higit pang impormasyon tungkol sa proseso ng paggawa ng mga reklamo, kabilang ang mga mabilis na reklamo, tingnan ang **Seksyon 11** ng kabanatang ito.)
- Kung hindi ka namin bibigyan ng sagot bago ang deadline (o sa pagtatapos ng pinalawig na yugto ng panahon), ipapadala namin ang kahilingan mo sa Level 2 na apela kung saan magkakaroon ng pagdinig ang Office of Administrative Hearings para sa iyong kaso. Ipinapaliwanag ng Seksyon 6.4 ang proseso ng Level 2 ng apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng inyong kahilingan**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng **30 araw ng kalendaryo**, o **sa loob ng 7 araw ng kalendaryo** kung ang inyong kahilingan ay para sa iniresetang gamot ng Medicare Part B, pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- **Kung sinabi ng aming plan na hindi sa bahagi o sa lahat ng inyong kahilingan**, mayroon kayong karagdagang mga karapatan para umapela. Awtomatiko naming ipapadala ang kahilingan mo sa isang Level 2 na apela kung saan magkakaroon ng pagdinig ang Office of Administrative Hearings para sa iyong kaso upang makita kung sumasang-ayon sila sa aming desisyon.
- Kung Hindi ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng hiniling ninyo, padadalhan namin kayo ng sulat.

Seksyon 6.4 Bai-baitang: Paano ginagawa ang isang Level 2 na apela

Ang Office of Administrative Hearings ay isang independiyenteng organisasyon na tinanggap ng Medicare at Medicaid. Hindi ito konektado sa amin at hindi ahensya ng gobyerno. Ang organisasyong ito ang magpapasya kung ang desisyon na ginawa namin ay tama o kung dapat itong baguhin. Pinangangasiwaan ng Medicare at Medicaid ang gawain nito.

Awtomatiko naming ipapadala ang iyong kaso sa Level 2 ng proseso ng mga apela sa sandaling makumpleto ang Level 1 na apela. Ang Office of Administrative Hearings ay mag-iskedyul ng pagdinig para sa iyong kaso at ipapaalam sa iyo ang petsa at oras. Maaari mong hilingin na muling mag-iskedyul para sa ibang araw o oras kung kinakailangan.

Kung kwalipikado kayo para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong naghain kayo ng inyong Antas 1 na Apela, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot na nasa ilalim ng apela ay maaari ding magpatuloy sa Antas 2. Pumunta sa page 138 para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng mga benepisyo mo sa panahon ng Antas 1 na mga apela.

Level 2 na Proseso ng Apela:

Hakbang 1: Ipapadala namin ang iyong kaso sa Office of Administrative Hearings. Ang Office of Administrative Hearings ay magkakaroon ng pagdinig para sa iyong kaso.

- Ipapadala namin ang impormasyon tungkol sa iyong apela sa organisasyong ito. Ang impormasyong ito ay tinatawag na iyong "file ng kaso." **Padadalhan ka namin ng libreng kopya ng iyong Pakete ng Katibayan.**
- May karapatan kayong bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyon para suportahan ang apela ninyo.
- Sa panahon ng iyong pagdinig, ang Opisyal ng Pagdinig sa Office of Administrative Hearings ay titingnang mabuti ang lahat ng impormasyon na may kaugnayan sa iyong apela, at maririnig mula sa iyo at mula sa mga kawani mula sa iyong plano tungkol sa kahilingan mo.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Kung nagkaroon kayo ng “mabilisang” apela sa Antas 1, mayroon rin kayong “mabilisang” apela sa Antas 2.

- Dapat kayong bigyan ng Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang inyong apela. Sa ilang sitwasyon, kahit na nagkaroon ka ng mabilis na apela para sa Level 1, hindi ka awtomatikong makakatanggap ng mabilis na apela sa Level 2. Makakakuha ka ng mabilis na apela kung ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa kalusugan mo o makapinsala sa iyong kakayahang mabawi ang maximum na paggalaw.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na bagay o serbisyo at ang Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay kailangang mangalap ng higit pang impormasyon na maaari ninyong mapakinabangan, **maaari itong tumagal ng hanggang 14 pang araw sa kalendaryo**. Ang Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay hindi maaaring maglaan ng dagdag na oras upang gumawa ng desisyon kung ang inyong kahilingan ay para sa isang iniresetang gamot ng Medicare Part B.

Kung nagkaroon ka ng “karaniwang” apela sa Antas 1, mayroon ka ring “karaniwang” apela at Antas 2.

- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na bagay o serbisyo, ang Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay dapat magbigay sa inyo ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang inyong apela.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa iniresetang gamot ng Medicare Part B, ang Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay dapat magbigay sa inyo ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang inyong apela.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na bagay o serbisyo at ang Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay kailangang mangalap ng higit pang impormasyon na maaari ninyong mapakinabangan, **maaari itong tumagal ng hanggang 14 pang araw sa kalendaryo**. Ang Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay hindi maaaring maglaan ng dagdag na oras upang gumawa ng desisyon kung ang inyong kahilingan ay para sa isang iniresetang gamot ng Medicare Part B.

Hakbang 2: Ang Office of Administrative Hearings ay ibibigay sa iyo ng kanilang sagot.

Sasabihin sa iyo ng Office of Administrative Hearings ang desisyon nito nang nakasulat at ipapaliwanag ang mga dahilan nito.

- **Kung oo ang Office of Administrative Hearings sa bahagi o lahat ng kahilingan mo**, dapat naming pahintulutan ang saklaw ng medikal na pangangalaga **sa loob ng 1 araw ng negosyo**.
- **Kung hindi ang sinabi ng organisasyon sa bahagi o lahat ng apela ninyo**, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang kahilingan ninyo (o bahagi ng kahilingan ninyo) para sa saklaw para sa medikal na pangangalaga. Ito ay tinatawag na "pagtataguyod sa desisyon" o "pagtanggap sa inyong apela." Sa kasong ito, magpapadala sa iyo ng sulat ang Office of Administrative Hearings:
 - Ipinapaliwanag ng desisyon nito.
 - Inaabisuhan ka ng karapatan sa isang Level 3 na apela kung ang halaga ng dolyar ng saklaw ng medikal na pangangalaga ay nakakatugon sa isang partikular na minimum. Ang nakasulat na abiso na makukuha mo mula sa Office of Administrative Hearings ay magsasabi sa iyo ng halaga ng dolyar na dapat mong matugunan upang ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.
 - Sinasabi sa iyo kung paano magsampa ng Level 3 na apela.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Kung ang iyong Level 2 na apela ay tinanggihan dapat kang magpasya kung gusto mong magpatuloy sa Level 3 at gumawa ng pangatlong apela. Ang mga detalye tungkol sa kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na paunawa na makukuha ninyo pagkatapos ng inyong Level 2 na Apela.
 - Ang Level 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Medicare Appeals Council. Ipinapaliwanag ng **Seksyon 10** sa kabanatang ito ang proseso para sa Level 3, 4, at 5 na mga apela.

Kung ang desisyon ay hindi para sa lahat o bahagi ng hiniling ko, maaari ba akong gumawa ng isa pang apela?

Kung ang desisyon ng Office of Administrative Hearings ay hindi para sa lahat o bahagi ng hiniling mo, mayroon kang **karagdagang mga karapatan sa pag-apela**.

Inilalarawan ng liham na natanggap mo mula sa Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ang susunod na opsyon sa apela.

Tingnan ang **Seksyon 10** ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon sa mga karapatan mo sa apela pagkatapos ng Level 2.

Seksyon 6.5 Paano kung hinihiling mo sa amin na bayaran ka para sa isang bayarin na natanggap mo para sa medikal na pangangalaga?
--

Hindi namin direktang maibabalik sa iyo ang serbisyo o item ng Medicaid. Kung makakatanggap ka ng bayarin para sa mga saklaw na serbisyo at item ng Medicaid, ipadala ang bayarin sa amin. **Hindi mo dapat bayaran ang bayarin.** Makikipag-ugnayan kami mismo sa tagapagkaloob at aayusin ang problema. Ngunit kung magbabayad ka ng bayarin, maaari kang makakuha ng refund mula sa provider ng pangangalagang pangkalusugan na iyon kung sinunod mo ang mga tuntunin para sa pagkuha ng serbisyo o item.

Paghiling na ibalik ang iyong bayad para sa isang bagay na nabayaran mo na.

Kung ipapadala mo sa amin ang mga papeles na humihingi ng pagbabayad ng nagastos, humihingi ka ng desisyon sa pagsaklaw. Hindi namin direktang maibabalik sa iyo ang serbisyo o item ng **Medicaid**. Kung makakatanggap ka ng bayarin para sa mga saklaw na serbisyo at item ng Medicaid, ipadala ang bayarin sa amin. **Hindi mo dapat bayaran ang bayarin.** Makikipag-ugnayan kami mismo sa provider ng pangangalaga sa kalusugan at aayusin ang problema. Ngunit kung magbabayad ka ng bayarin, maaari kang makakuha ng refund mula sa provider ng pangangalagang pangkalusugan na iyon kung sinunod mo ang mga tuntunin para sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Kung gusto mong ibalik namin sa iyo ang isang serbisyo o item ng **Medicare** o hinihiling mo sa amin na bayaran ang isang provider ng pangangalaga sa kalusugan para sa isang serbisyo o item ng Medicaid na binayaran mo, hihilingin mo sa amin na gawin ang desisyon sa saklaw na ito. Titingnan namin kung ang medikal na pangangalagang binayaran mo ay isang saklaw na serbisyo. Susuriin din namin upang makita kung sinunod mo ang lahat ng mga patakaran para sa paggamit ng saklaw mo para sa medikal na pangangalaga.

- **Kung oo ang sagot namin sa kahilingan mo:** Kung saklaw ng Medicare, ipapadala namin sa iyo ang bayad para sa gastos sa loob ng 60 na araw pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
 - Kung ang Medicaid na pangangalaga na iyong binayaran sa isang provider ng pangangalaga sa kalusugan ay saklaw at sa tingin mo ay dapat naming bayaran ang provider ng pangangalaga sa kalusugan, ipapadala namin sa iyong provider ng pangangalaga sa kalusugan ang bayad para sa gastos sa loob ng 60 kalendaryong araw pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Pagkatapos ay kailangan mong makipag-ugnayan sa iyong provider ng pangangalaga sa kalusugan upang makuha ang iyong bayad pabalik. Kung hindi pa ninyo nabayaran ang medikal na pangangalaga, direkta naming ipapadala ang bayad sa provider ng pangangalaga ng kalusugan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa kahilingan mo:** Kung *hindi* saklaw ang pangangalagang medikal, o hindi mo sinunod ang lahat ng mga tuntunin, hindi namin ipapadala ang bayad. Sa halip, padadalhan ka namin ng sulat na nagsasabing hindi namin babayaran ang mga serbisyo at ang mga dahilan kung bakit.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon na tanggihan ka, **maaari kang mag-apela**. Kung gagawa ka ng apela, nangangahulugan ito na hinihiling mo sa amin na baguhin ang desisyon sa saklaw na ginawa namin noong tinanggihan namin ang kahilingan mo para sa pagbabayad.

Para gawin ang apela na ito, sundin ang proseso para sa mga apela na inilalarawan namin sa Seksyon 6.3.

Para sa mga apela tungkol sa pagbabayad ng nagastos, pakitandaan na:

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 30 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan. Kung hinihiling mo sa amin na bayaran ka para sa medikal na pangangalaga na natanggap at nabayaran mo na, hindi ka pinapayagang humingi ng mabilis na apela.
- Kung ang Office of Administrative Hearings ay nagpasya na dapat kaming magbayad, dapat naming ipadala sa iyo o sa provider ang bayad sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung Oo ang sagot sa inyong apela sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala ang inyong hiniling na bayad sa inyo o sa tagapagkaloob sa loob ng 60 araw ng kalendaryo.

Seksyon 6.6 Mga Panlabas na Apela para sa Medicaid Lamang

Ikaw o ang iyong doktor ay maaaring humingi ng Panlabas na Apela para sa **mga benepisyong sakop lamang ng Medicaid**.

Maaari kang humiling ng New York State ng isang independiyenteng **panlabas na apela** kung ang aming plano ay nagpasya na tanggihan ang saklaw para sa isang medikal na serbisyon na hiniling mo at ng iyong doktor dahil ito ay:

- hindi medikal na kailangan o
- eksperimental o sinisiyasat o
- hindi naiiba sa pangangalagang makukuha mo sa network ng plano o
- makukuha mula sa isang kalahok na provider na may tamang pagsasanay at karanasan upang matugunan ang mga pangangailangan mo.

Tinatawag itong Panlabas na Apela dahil ang mga tagasuri na hindi nagtatrabaho para sa planong pangkalusugan o estado ang gumagawa ng desisyon. Ang mga reviewer na ito ay mga kwalipikadong tao na inaprubahan ng New York State. Ang serbisyo ay dapat nasa pakete ng benepisyo ng plano o isang pang-eksperimentong paggamot. Hindi mo kailangang magbayad para sa isang panlabas na apela.

Bago ka umapela sa estado:

- Dapat kang magsampa ng Level 1 na apela sa plano at kunin ang Panghuling Salungat na Pagpapasiya ng plano; **o**
- Maaari kang humingi ng pinabilis na Panlabas na Apela nang sabay-sabay kung hindi mo pa nakuha ang serbisyo at humiling ka ng mabilis na apela. (Kailangang sabihin ng iyong doktor na kailangan ang pinabilis na Apela); **o**

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Ikaw at ang plano ay maaaring sumang-ayon na laktawan ang proseso ng mga apela ng plano at direktang pumunta sa Panlabas na Apela; **o**
- Maaari mong patunayan na hindi sinunod ng plano nang tama ang mga tuntunin noong pinoproseso ang iyong Level 1 na apela.

Mayroon kang **4 na buwan** pagkatapos mong makuha ang Pangwakas na Salungat na Pagpapasiya ng plano para humingi ng Panlabas na Apela. Kung ikaw at ang plano ay sumang-ayon na laktawan ang proseso ng mga apela ng plano, dapat mong hilingin ang Panlabas na Apela sa loob ng 4 na buwan mula noong ginawa mo ang kasunduang iyon.

Para humingi ng Panlabas na Apela, punan ang isang aplikasyon at ipadala ito sa Departamento ng Mga Serbisyong Pinansyal (Department of Financial Services).

- Maaari kang tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (833) 671-0440 kung kailangan mo ng tulong sa pagsasampa ng apela.
- Ikaw at ang iyong mga doktor ay kakailanganing magbigay ng impormasyon tungkol sa iyong medikal na problema.
- Sinasabi ng aplikasyon ng Panlabas na Apela kung anong impormasyon ang kailangan.

Narito ang ilang paraan para makakuha ng aplikasyon:

- Tawagan ang Department of Financial Services, 1-800-400-8882
- Pumunta sa website ng Department of Financial Services sa www.dfs.ny.gov.
- Makipag-ugnayan sa planong pangkalusugan sa (833) 671-0440

Ang tagasuri ang magpapasya sa iyong Panlabas na Apela sa loob ng 30 araw. Kung ang tagasuri ng Panlabas na Apela ay humingi ng higit pang impormasyon, mas maraming oras (hanggang limang araw ng trabaho) ang maaaring kailanganin. Sasabihin sa iyo ng tagasuri at sa plano ang huling desisyon sa loob ng dalawang araw pagkatapos gawin ang desisyon.

Makakakuha ka ng mas mabilis na desisyon kung sasabihin ng iyong doktor na ang antala ay magdudulot ng malubhang pinsala sa kalusugan mo. Ito ay tinatawag na isang **pinabilis na Panlabas na Apela**. Ang tagasuri ng Panlabas na Apela ay magpapasya ng isang pinabilis na apela sa loob ng 72 oras o mas kaunti. Sasabihin sa iyo at sa plano ng tagasuri ang desisyon kaagad sa pamamagitan ng pagtawag o fax. Sa kalaunan, magpapadala ang tagasuri ng sulat na magsasabi sa iyo ng desisyon.

Sa anumang oras sa proseso, ikaw o ang taong pinagkakatiwalaan mo ay maaari ring magsampa ng reklamo tungkol sa oras ng pagsusuri sa New York State Department of Health sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-866-712-7197.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)**SEKSYON 7 Ang iyong mga iniresetang gamot sa Part D: Paano humingi ng desisyon sa saklaw o mag-apela****Seksyon 7.1 Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung ano ang gagawin kung mayroon kang mga problema sa pagkuha ng gamot na Part D o gusto mong bayaran ka namin para sa isang gamot sa Part D**

Kasama sa iyong mga benepisyo ang saklaw para sa maraming inireresetang gamot. Upang maging saklaw, ang gamot ay dapat gamitin para sa indikasyon na tinatanggap ng medikal. (Tingnan ang Kabanata 5 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa medikal na tinatanggap na indikasyon.) Para sa mga detalye tungkol sa Part D na mga gamot, panuntunan, paghihigpit, at gastos, pakitingnan ang Kabanata 5 at 6. **Ang seksyong ito ay tungkol lamang sa mga Part D na gamot mo.** Para panatilihin simple ang mga bagay, karaniwan naming sinasabing *gamot* sa natitirang bahagi ng seksyong ito, sa halip na ulitin ang *saklaw na iniresetang gamot para sa outpatient o Part D* na gamot sa bawat oras. Ginagamit din namin ang terminong "Listahan ng Gamot" sa halip na *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot o Pormularyo*.

- Kung hindi mo alam kung sakop ang isang gamot o kung natutugunan mo ang mga patakaran, maaari mo kaming tanungin. Ang ilang mga gamot ay kailangan na kumuha ka ng pag-apruba mula sa amin bago namin ito sakupin.
- Kung sasabihin sa inyo ng inyong parmasya na hindi mapupunan ang inyong reseta, gaya ng nakasulat, bibigyan kayo ng parmasya ng paunawa na nagpapaliwanag kung paano makipag-ugnayan sa amin upang humingi ng desisyon sa pagsaklaw.

Mga desisyon sa pagsaklaw at apela sa Part D**Legal na Termino**

Ang pauna para sa isang desisyon sa saklaw tungkol sa inyong mga Part D na gamot ay tinatawag na “**pagpapasiya ng saklaw.**”

Ang desisyon sa saklaw ay isang desisyon na ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga serbisyong medikal o mga gamot. Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang maaari ninyong gawin sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Paghiling na sakupin ang isang Part D na gamot na wala sa *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* ng plano. **Humiling ng isang eksepsyon. Seksyon 7.2.**
- Paghingi na tanggalin ang isang paghihigpit sa saklaw ng plan para sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa dami ng gamot na maaari mong makuha, paunang pahintulot, o ang pangangailangan na subukan muna ang ibang gamot). **Humiling ng isang eksepsyon. Seksyon 7.2.**
- Humihiling na makakuha ng paunang pag-apruba para sa isang gamot. **Humingi ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 7.4.**
- Hinihiling mo sa amin na magbayad kami para sa isang de-resetang gamot na nabili mo na. **Maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka. Seksyon 7.4.**

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa saklaw na ginawa namin, maaari ninyong iapela ang aming desisyon.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Sinasabi sa inyo ng seksyon na ito kung paano humiling ng mga desisyon sa saklaw at kung paano gumawa ng apela.

Seksyon 7.2 Ano ang eksepsyon?

Mga Legal na Tuntunin

Ang paghingi ng saklaw ng isang gamot na wala sa Listahan ng Gamot ay tinatawag minsan na paghingi ng isang **“eksepsiyon sa pormularyo.”**

Ang paghingi ng pagbawi ng isang paghihigpit sa saklaw para sa isang gamot ay tinatawag kung minsan na paghingi ng isang **“eksepsiyon sa pormularyo.”**

Ang paghiling na magbayad ng mas mababang presyo para sa isang sakop na hindi gustong gamot ay tinatawag minsan na paghingi ng isang **“pagbabaitang sa pormularyo.”**

Kung ang isang gamot ay hindi sinasaklaw sa paraang nais mong masakop ito, maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng "eksepsiyon." Ang eksepsiyon ay isang uri ng desisyon sa saklaw.

Kapag hihingi kayo ng isang eksepsiyon, kailangang ipaliwanag ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan ninyo ng eksepsiyon. Narito ang mga halimbawa ng mga eksepsiyon na maaaring hilingin ninyo o ng inyong doktor o iba pang tagareseta na gawin namin:

1. **Pagsaklaw sa gamot na wala sa aming "Listahan ng Gamot."**
2. **Pag-alis ng paghihigpit para sa isang saklaw na gamot.** Inilalarawan ng Kabanata 5 ang mga karagdagang tuntunin o paghihigpit na nalalapat sa ilang partikular na gamot sa aming "Listahan ng Gamot."

Seksyon 7.3 Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng mga eksepsiyon

Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan

Dapat magbigay sa amin ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta ng pahayag na nagpapaliwanag sa mga medikal na dahilan para sa paghiling ng pagbubukod. Para sa mas mabilis na desisyon, isama ang medikal na impormasyong ito mula sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta kapag humiling kayo ng pagbubukod.

Ang aming "Listahan ng Gamot" ay kadalasang may kasamang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kondisyon. Ang iba't ibang posibilidad na ito ay tinatawag na mga "alternatibong" gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay kasing epektibo ng gamot na hinihingi ninyo at hindi magdudulot ng higit pang mga side effect o iba pang problema sa kalusugan, sa pangkalahatan ay hindi namin inaaprubahan ang inyong kahilingan sa pagbubukod.

Maaari naming sabihin ang Oo o Hindi sa inyong kahilingan

- Kung inaprubahan namin ang kahilingan mo para sa isang eksepsiyon, ang aming pag-apruba ay karaniwang may bisa hanggang sa katapusan ng taon ng plano. Totoo ito hangga't ipagpapatuloy ng doktor mo ang pagreseta sa gamot para sa iyo at nagapapatuloy na ligtas at mabisa ang gamot na iyon sa paggamot sa kondisyon mo.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Kung tatanggihan namin ang kahilingan mo, maaari kang humiling ng isa pang pagsusuri sa pamamagitan ng pag-apela.

Seksyon 7.4 Bai-baitang: Paano humingi ng desisyon sa saklaw, kabilang ang isang eksepsyon

Legal na Termino

Ang isang "mabilis na desisyon sa pagsaklaw" ay tinatawag na isang **"pinabilis na pagpapasiya sa pagsaklaw."**

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng “karaniwang desisyon” sa saklaw o “mabilis na desisyon” sa saklaw.

“Ang mga karaniwang desisyon sa saklaw” ay ginagawa sa loob ng **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor. “Ang mga mabilis na desisyon sa saklaw” ay ginagawa sa loob ng **24 oras** pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor.

Kung kailangan ito ng kalusugan mo, hilingin sa amin na bigyan ka ng “mabilis na desisyon sa saklaw.” Para makakuha ng mabilis na desisyon sa saklaw, dapat mong matugunan ang dalawang kinakailangan:

- Dapat ay humihingi ka ng *gamot na hindi mo pa natatanggap*. (Hindi ka maaaring humingi ng mabilis na desisyon sa saklaw para mabayaran para sa isang gamot na nabili mo na.)
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay maaaring magdulot ng *malubhang pinsala sa inyong kalusugan o makapinsala sa inyong kakayahang kumilos*.
- **Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor o ibang tagareseta na ang inyong kalusugan ay nangangailangan ng “mabilis na desisyon sa saklaw,” awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng mabilis na desisyon sa saklaw.**
- **Kung hihiling ka ng mabilis na desisyon sa saklaw sa sarili mo, nang walang suporta ng iyong doktor o tagareseta, magpapasya kami kung kailangan ng kalusugan mo na bigyan ka namin ng mabilis na desisyon sa saklaw.** Kung hindi namin aaprubahan ang isang mabilis na desisyon sa saklaw, padadalhan ka namin ng sulat na:
 - Ipinapaliwanag na gagamitin namin ang karaniwang mga deadline.
 - Ipinapaliwanag kung hihilingin ng iyong doktor o iba pang tagareseta ang mabilis na desisyon sa saklaw, awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng mabilis na desisyon sa saklaw.
 - Kung paano kayo makakapaghain ng "mabilis na reklamo" tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na isang mabilis na desisyon sa pagsaklaw. Sasagutin namin ang iyong reklamo sa loob ng 24 na oras pagkatapos matanggap.

Hakbang 2: Humiling ng “karaniwang desisyon” sa saklaw o “mabilis na desisyon” sa saklaw.

Magsimula sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o pag-fax sa aming plano upang gawin ang kahilingan mo para sa amin na pahintulutan o magbigay ng saklaw para sa medikal na pangangalaga na gusto mo. Maaari mo ring i-access ang proseso ng pagpapasya sa saklaw sa pamamagitan ng aming website. Dapat naming tanggapin ang anumang nakasulat na kahilingan, kabilang ang isang kahilingang isinumite sa form ng *CMS Model Coverage Determination Request*, na available sa aming website. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan. Upang matulungan kami sa pagproseso ng kahilingan mo, mangyaring tiyaking isama ang iyong pangalan,

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyong nagpapakilala kung aling mga tinanggihang claim ang inaapela.

Ikaw, ang iyong doktor, (o iba pang tagareseta) o ang kinatawan mo ay maaaring gawin ito. Maaari ka ring magkaroon ng isang abogado na kikilos para sa iyo. Sinasabi ng seksyon 4 ng kabanatang ito kung paano ka makapagbibigay ng nakasulat na pahintulot sa ibang tao na kumilos bilang kinatawan mo.

- **Kung humihiling ka ng pagbubukod, ibigay ang “sumusuportang pahayag**, na siyang mga medikal na dahilan para sa pagbubukod. Maaaring i-fax o ipadala sa amin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta ang sumusuportang pahayag. O maaaring sabihin sa amin ng iyong doktor o ibang tagareseta sa telepono at mag-follow up sa pamamagitan ng pag-fax o pagpapadala ng nakasulat na pahayag kung kailangan.

Hakbang 3: Isinasaalang alang namin ang iyong kahilingan at binibigyan ka ng aming sagot.***Mga deadline para sa “mabilis na desisyon sa saklaw”***

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 24 oras** pagkatapos naming makuha ang kahilingan mo.
 - Kung humingi ka ng isang pagbubukod, binibigyan ka namin ng aming sagot **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos naming makuha ang pagsuporta sa pahayag ng iyong doktor. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kailangan ito ng kalusugan ninyo.
 - Kung hindi namin maabot ang deadline na ito, ipinapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri.
- **Kung oo ang aming sagot sa bahagi o sa lahat ng inyong kahilingan**, dapat naming ibigay ang saklaw na napagkasunduan naming ibigay sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o pahayag ng doktor na sumusuporta sa kahilingan mo.
- **Kung hindi ang sagot namin sa bahagi o lahat ng hiniling mo**, padadalhan ka namin ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit namin sinabing hindi. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka makaka-apela.

Mga deadline para sa isang “karaniwang” desisyon sa pagsaklaw tungkol sa isang gamot na hindi ninyo natanggap

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming makuha ang kahilingan mo.
 - Kung humingi ka ng isang pagbubukod, binibigyan ka namin ng aming sagot sa loob ng 72 na oras pagkatapos naming makuha ang pagsuporta sa pahayag ng iyong doktor. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kailangan ito ng kalusugan ninyo.
 - Kung hindi namin maabot ang deadline na ito, ipinapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri.
- **Kung oo ang aming sagot sa bahagi o sa lahat ng inyong kahilingan**, dapat naming **ibigay ang saklaw** na napagkasunduan naming ibigay **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o pahayag ng doktor na sumusuporta sa kahilingan mo.
- **Kung hindi ang sagot namin sa bahagi o lahat ng hiniling mo**, padadalhan ka namin ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit namin sinabing hindi. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka makaka-apela.

Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa saklaw tungkol sa bayad para sa isang gamot na nabili na ninyo

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang kahilingan mo.
 - Kung hindi namin maabot ang deadline na ito, ipinapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa bahagi o lahat ng iyong hiniling**, kailangan din naming magbayad sa iyo sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang kahilingan mo.
- **Kung hindi ang sagot namin sa bahagi o lahat ng hiniling mo**, padadalhan ka namin ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit namin sinabing hindi. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka makaka-apela.

Hakbang 4: Kung ang aming sagot sa inyong kahilingan para sa pagbubukod ay Hindi, maaari kayong gumawa ng apela.

- Kung sasabihin naming hindi, may karapatan kang hilingin sa amin na muling ikonsidera ang desisyong ito sa pamamagitan ng pag-apela. Nangangahulugan ito ng pagtatanong muli upang makuha ang saklaw ng gamot na gusto mo. Kung gagawa ka ng apela, nangangahulugan ito na pupunta ka sa Level 1 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 7.5 Bai-baitang: Paano gumawa ng Level 1 na apela

Legal na Termino

Ang isang apela sa aming plano tungkol sa isang desisyon sa saklaw sa gamot ng Part D ay tinatawag na **“muling pagpapasiya”** sa plano.

Ang “mabilis na apela” ay tinatawag ding **“pinabilis na muling pagpapasiya.”**

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng “karaniwang apela” o isang “mabilis na apela.”

Ang isang “karaniwang apela” ay karaniwang ginagawa sa loob ng 7 araw. Ang isang “mabilis na apela” ay karaniwang ginagawa sa loob ng 72 oras. Kung kailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang “mabilis na apela”

- Kung inaapela ninyo ang isang desisyong ginawa namin tungkol sa gamot na hindi pa ninyo natatanggap, kayo at ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta ay kailangang magdesisyon kung kailangan ninyo ng isang “mabilis na apela.”
- Ang mga kinakailangan para sa pagkuha ng isang “mabilis na apela” ay pareho sa para sa pagkuha ng isang “mabilis na desisyon sa saklaw” sa Seksyon 6.2 ng kabanatang ito.

Hakbang 2: Ikaw, ang iyong kinatawan, doktor o iba pang tagareseta ay dapat makipag-ugnayan sa amin at gawin ang iyong Level 1 na apela. Kung ang kailangan ng iyong kalusugan ng mabilis na tugon, dapat kang humingi ng “mabilis na apela.”

- Para sa mga karaniwang apela, magsumite ng nakasulat na kahilingan. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- Para sa mabilis na mga apela, isumite ang iyong apela sa pamamagitan ng pagsulat o tawagan kami sa (833) 671-0440, TTY: 711. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- **Dapat naming tanggapin ang anumang nakasulat na kahilingan**, kabilang ang isang kahilingang isinumite sa CMS Model Redetermination Request Form, na available sa aming website SWHNY.com. Pakitiyak na isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa iyong claim upang matulungan kami sa pagproseso ng kahilingan mo.
- **Dapat mong gawin ang kahilingan na apela sa loob ng 65 araw** mula sa ipinadala naming petsa sa nakasulat na abiso upang sabihin sa iyo ang aming sagot sa desisyon sa saklaw. Kung napalampas mo ang huling araw na ito at may magandang dahilan ka para hindi ito makaligtaan, ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuhuli ang iyong apela kapag ginawa mo ang iyong apela. Maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras upang gawin ang iyong apela. Maaaring kabilang sa mga halimbawa ng mabuting dahilan ang isang malubhang karamdaman na humadlang sa iyo na makipag-ugnayan sa amin o kung nagbigay kami sa iyo ng hindi tama o hindi kumpletong impormasyon tungkol sa deadline para sa paghiling ng apela.
- **Maaari kang humingi ng kopya ng impormasyon sa iyong apela at magdagdag ng higit pang impormasyon.** Ikaw at ang inyong doktor ay maaaring magbigay sa amin ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Hakbang 3: Isinasaalang alang namin ang iyong apela at binibigyan ka ng aming sagot.

- Susuriin namin ang inyong apela at tinitingnan muli ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan sa pagsaklaw. Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng patakaran kapag sinabi namin ang hindi sa inyong kahilingan. Maaari kaming makipag-ugnayan sa iyo o sa iyong doktor o iba pang tagapagreseta upang makakuha ng higit pang impormasyon.

Mga deadline ng isang “mabilis na apela”

- Para sa mabilis na mga apela, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela**. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kailangan ito ng kalusugan ninyo.
 - Kung hindi ka namin mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, ipinapadala namin ang inyong kahilingan sa Level 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri. Ipinapaliwanag ng **Seksyon 7.6** ang proseso ng Level 2 ng apela.
- **Kung oo ang aming sagot sa bahagi o sa lahat ng inyong kahilingan**, dapat naming ibigay ang saklaw na napagkasunduan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- **Kung hindi ang sagot namin sa bahagi o lahat ng hiniling mo**, padadalhan ka namin ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit namin sinabing hindi at kung paano mo maiaapela ang aming desisyon.

Mga deadline para sa isang “karaniwang” apela para sa isang gamot na hindi ninyo natanggap

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 7 na araw sa kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang kahilingan mo. Ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon nang mas maaga kung hindi ninyo nakuha ang gamot at kailangan ito ng inyong kondisyon sa kalusugan.
 - Kung hindi ka namin mabigyan ng desisyon sa loob ng 7 araw sa kalendaryo, ipinapadala namin ang inyong kahilingan sa Level 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri. Ipinapaliwanag ng **Seksyon 7.6** ang proseso ng Level 2 ng apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa bahagi o lahat ng iyong hiniling**, dapat naming ibigay ang saklaw sa lalong madaling panahon na kinakailangan ng kalusugan mo, ngunit hindi lalampas sa **7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- **Kung hindi ang sagot namin sa bahagi o lahat ng hiniling mo**, padadalhan ka namin ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit namin sinabing hindi at kung paano mo maiaapela ang aming desisyon.

Mga deadline para sa “karaniwang apela” tungkol sa bayad para sa isang gamot na nabili na ninyo

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng **14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang kahilingan mo.
 - Kung hindi namin maabot ang deadline na ito, ipinapadala namin ang inyong kahilingan sa Level 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa bahagi o lahat ng iyong hiniling**, kailangan din naming magbayad sa iyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang kahilingan mo.
- **Kung hindi ang sagot namin sa bahagi o lahat ng hiniling mo**, padadalhan ka namin ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit namin sinabing hindi. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka makaka-apela.

Hakbang 4: Kung tatanggihan namin ang iyong apela, magpasya ka kung gusto mong magpatuloy sa proseso ng mga apela at gumawa ng isa pang apela.

- Kung magpasya kang gumawa ng isa pang apela, nangangahulugan ito na ang iyong apela ay mapupunta sa Level 2 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 7.6 Bai-baitang: Paano gumawa ng Level 2 na apela

Legal na Termino

Ang pormal na pangalan para sa "hiwalay na organisasyon ng pagsusuri" ay ang **“Hiwalay na Entidad ng Pagsusuri.”** Minsan ito ay tinatawag na **“IRE.”**

Ang **hiwalay na organisasyon ng pagsusuri** ay isang hiwalay na organisasyon na tinanggap ng Medicare. Hindi ito konektado sa amin at hindi ahensya ng gobyerno. Ang organisasyong ito ang magpapasya kung ang desisyon na ginawa namin ay tama o kung dapat itong baguhin. Ang Medicare ang nangangasiwa sa gawain nito.

Hakbang 1: Ikaw (o ang kinatawan mo o ang iyong doktor o iba pang tagareseta) ay dapat makipag-ugnayan sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri at humingi ng pagsusuri sa iyong kaso.

- Kung Hindi ang aming sagot sa inyong Level 1 na Apela, kasama sa sulat na ipapadala namin sa inyo ang **mga tagubilin tungkol sa kung paano gumawa ng Level 2 na Apela** sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri. Ang mga tagubilin ay nagsasabi kung sino ang maaaring gumawa ng Level 2 na Apela, anong mga deadline ang dapat ninyong sundin, at kung paano makaka-ugnayan ang organisasyon. Kung, gayunpaman, hindi namin nakumpleto ang aming pagsusuri sa loob ng angkop na takdang panahon, o gumawa ng hindi kanais-nais na desisyon hinggil sa "nasa panganib" na pagpapasiya sa ilalim ng aming programa sa pamamahala ng gamot, awtomatiko naming ipapasa ang iyong claim sa IRE.
- Ipapadala namin ang impormasyon tungkol sa iyong apela sa organisasyong ito. Ang impormasyong ito ay tinatawag na iyong "file ng kaso." **May karapatan kayo para sa isang libreng kopya ng inyong file ng kaso.**

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- May karapatan kayong magbigay sa Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Hakbang 2: Susuriin ng hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ang inyong apela.

Sinusuring mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Mga deadline para sa isang “mabilis na apela”

- Kung kinakailangan ng inyong kalusugan, humiling sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri para sa isang “mabilis na apela.”
- Kung sumang-ayon ang organisasyon na bigyan ka ng “mabilis na apela,” dapat bigyan ka ng organisasyon ng sagot sa iyong Level 2 na apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos nitong matanggap ang kahilingan mo sa apela.

Mga deadline para sa isang “karaniwang” apela

- Para sa mga karaniwang apela, ang organisasyon ng pagsusuri ay dapat magbigay sa iyo ng sagot sa iyong Level 2 na apela **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos nitong matanggap ang iyong apela kung ito ay para sa isang gamot na hindi mo pa natatanggap. Kung humihiling ka na bayaran ka namin para sa isang gamot na nabili mo na, dapat kang bigyan ng sagot ng organisasyon ng pagsusuri sa iyong Level 2 na apela **sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos nitong matanggap ang kahilingan mo.

Hakbang 3: Ang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ay magbibigay sa iyo ng kanilang sagot.***Para sa mga “mabilis na apela”:***

- **Kung nag-oo ang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri sa bahagi o lahat ng iyong hiniling,** dapat naming ibigay ang saklaw sa gamot na inaprubahan ng organisasyon ng pagsusuri **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa organisasyon ng pagsusuri.

Para sa mga “karaniwang apela”:

- **Kung nag-oo ang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri sa bahagi o lahat ng iyong hiling para sa saklaw,** dapat naming ibigay ang saklaw sa gamot na inaprubahan ng organisasyon ng pagsusuri **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa organisasyon ng pagsusuri.
- **Kung ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay nagsabi ng oo sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan na bayaran ka** para sa isang gamot na nabili mo na, kinakailangan naming **magpadala ng bayad sa iyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa organisasyon ng pagsusuri.

Paano kung tumanggi ang organisasyon ng pagsusuri sa iyong apela?

Kung tumanggi ang organisasyong ito sa bahagi o lahat ng iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa aming desisyon na huwag aprubahan ang kahilingan mo (o bahagi ng iyong kahilingan). Ito ay tinatawag na "pagtataguyod sa desisyon" o "pagtanggig sa inyong apela." Sa kasong ito, magpapadala sa iyo ng liham ang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri:

- Ipinapaliwanag ng desisyon nito.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Pag-abiso sa iyo ng karapatan sa isang Level 3 na apela kung ang dolyar na halaga ng saklaw ng gamot na hinihiling mo ay nakatutugon sa isang partikular na minimum. Kung ang halaga ng dolyar ng saklaw ng gamot na hinihiling mo ay masyadong mababa, hindi ka makakagawa ng isa pang apela at ang desisyon sa Level 2 ay pinal.
- Sinasabi sa iyo ang halaga ng dolyar na dapat na pinagtatalunan upang magpatuloy sa proseso ng mga apela.

Hakbang 4: Kung natutugunan ng inyong kaso ang mga kinakailangan, pipiliin ninyo kung gusto niyong ipagpatuloy pa ang inyong apela.

- Mayroong tatlong karagdagang level sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Level 2 (para sa kabuuang limang level ng apela). Kung gusto mong magpatuloy sa Level 3 na apela, ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na makukuha mo pagkatapos ng desisyon mo sa Level 2 na apela.
- Ang Level 3 na apela ay pinangangasiwaan ng isang Hukom ng Batas Administratibo o tagahatol na abogado. Nagsasabi sa iyo ng higit pa ang **Seksyon 10** sa kabanatang ito ang proseso para sa Level 3, 4, at 5 na mga apela.

SEKSYON 8 Paano hihilingin sa amin na sakupin ang mas mahabang pamamalagi sa ospital bilang pasyente kung sa tingin mo ay masyadong maaga kang pinalabas

Kapag na-admit kayo sa ospital, may karapatan kayong kunin ang lahat ng serbisyo ng ospital na saklaw namin na kailangan upang masuri at magamot ang inyong karamdaman o sugat.

Sa inyong saklaw na pananatili sa ospital, makikipagtulungan sa inyo ang inyong doktor at ang mga kawani ng ospital upang ihanda kayo sa araw ng paglabas ninyo sa ospital. Tutulong din silang ayusin ang anumang pangangalagang maaaring kailanganin ninyo pagkatapos ninyong lumabas.

- Ang araw na umalis ka sa ospital ay tinatawag na iyong **"petsa ng paglabas."**
- Kapag napagpasyahan ang petsa ng paglabas mo, sasabihin sa iyo ng iyong doktor o ng kawani ng ospital.
- Kung sa tingin mo ay hinihiling ka na umalis sa ospital nang masyadong maaga, maaari kang humiling ng mas mahabang pamamalagi sa ospital at isasaalang-alang ang kahilingan mo.

Seksyon 8.1	Sa panahon ng pamamalagi mo sa ospital ng inpatient, makakatanggap ka ng nakasulat na abiso mula sa Medicare na nagsasabi tungkol sa mga karapatan mo
--------------------	--

Sa loob ng dalawang araw ng pagpasok sa ospital, bibigyan ka ng nakasulat na abiso na tinatawag *Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Mga Karapatan Mo*. Lahat ng may Medicare ay makakakuha ng kopya ng abisong ito.

Kung hindi mo matatanggap ang abiso mula sa isang tao sa ospital (halimbawa, isang caseworker o nars), itanong ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan mo ng tulong, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (TTY 1-877-486-2048).

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

1. **Basahin ang paunawa nang maigi at magtanong kung hindi ninyo naiintindihan. Ipinapaalam nito sa inyo ang:**
 - Ang karapatan mong tumanggap ng mga serbisyong sakop ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng pamamalagi mo sa ospital, ayon sa utos ng iyong doktor. Kabilang dito ang karapatang malaman kung ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito, at kung saan mo makukuha ang mga ito.
 - Ang iyong karapatan na masangkot sa anumang desisyon tungkol sa pamamalagi mo sa ospital.
 - Kung saan iuulat ang anumang alalahanin na mayroon ka tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa iyo sa ospital.
 - Ang karapatan mong **humiling ng agarang pagsusuri** ng desisyon na palabasin ka kung sa tingin mo ay masyadong maaga kang pinalabas mula sa ospital. Ito ay isang pormal, legal na paraan para humiling ng pagkaantala sa petsa ng paglabas mo upang masakop namin ang iyong pangangalaga sa ospital sa mas mahabang panahon.
2. **Hihilingin sa iyo na lagdaan ang nakasulat na abiso para ipakita na natanggap mo ito at nauunawaan ang mga karapatan mo.**
 - Ikaw o isang taong kumikilos sa ngalan mo ay hihilingin na lagdaan ang abiso.
 - Ang paglagda sa abiso ay nagpapakita **lamang** na natanggap mo ang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Ang paunawa ay hindi nagbibigay ng petsa ng paglabas mo. Ang paglagda sa paunawa **ay hindi nangangahulugan** na sumasang-ayon ka sa petsa ng paglabas.
3. **Panatilihing ang iyong kopya** sa abiso bilang handa upang magkaroon ka ng impormasyon tungkol sa paggawa ng apela (o pag-uulat ng alalahanin tungkol sa kalidad ng pangangalaga) kung kailangan mo ito.
 - Kung nilagdaan mo ang abiso nang higit sa dalawang araw bago ang petsa ng paglabas mo, makakakuha ka ng isa pang kopya bago ka nakatakdang palabasin.
 - Para tingnan ang isang kopya ng abiso na ito nang maaga, maaari kang tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro o 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.) Maaari mo ring makita ang abiso online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Seksyon 8.2 Bai-baitang: Paano gumawa ng Level 1 na apela upang baguhin ang petsa ng paglabas mo sa ospital

Kung gusto mong hilingin na sakupin namin ang mga serbisyo sa iyo sa ospital bilang inpatient, kakailanganin mong gamitin ang proseso ng mga pag-apela upang gawin ang kahilingang ito. Bago ka magsimula, unawain kung ano ang kailangan mong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Sundin ang proseso.**
- **Tugunan ang mga deadline.**
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. O tawagan ang iyong State Health Insurance Assistance Program, isang organisasyon ng gobyerno na nagbibigay ng pasadyang tulong.

Sa panahon ng Level 1 na apela, sinusuri ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (Quality Improvement Organization) ang iyong apela. Tinitingnan nito kung medikal na angkop sa iyo ang nakaplanong petsa ng paglabas mo.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Ang **Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad** ay isang grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan na binabayaran ng Pederal na pamahalaan upang suriin at tumulong na mapabuti ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Kabilang dito ang pagsusuri sa mga petsa ng paglabas sa ospital para sa mga taong may Medicare. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad para sa iyong estado at humingi ng agarang pagsusuri sa paglabas mo sa ospital. Kailangan mong kumilos nang mabilis.***Paano ka makikipag-ugnayan sa organisasyong ito?***

- Ang nakasulat na abiso na natanggap mo (*Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare Tungkol sa Mga Karapatan Mo*) ay nagsasabi sa iyo kung paano maka-ugnayan ang organisasyong ito. O hanapin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad para sa iyong estado sa Kabanata 2.

Kumilos ng mabilis:

- Upang isagawa ang iyong apela, dapat kang makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization **bago** ka lumabas sa ospital at **hindi lalampas sa hatinggabi sa araw ng paglabas mo**.
 - Kung matugunan mo ang deadline na ito, maaari kang manatili sa ospital **pagkatapos** ng petsa ng paglabas mo **nang hindi binabayaran ito** habang hinihintay mong makuha ang desisyon mula sa Quality Improvement Organization.
 - Kung **hindi** mo matugunan ang deadline at magdesisyon kayong manatili sa ospital pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas ninyo, **maaaring kailanganin ninyong bayaran ang lahat ng gastos** sa pangangalaga ng ospital na matatanggap ninyo pagkatapos ng nakaplanong petsa ng inyong paglabas.

Sa sandaling humiling ka ng agarang pagsusuri sa iyong paglabas sa ospital, makikipag-ugnayan sa amin ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad. Pagsapit ng tanghali ng araw pagkatapos kaming maka-ugnayan, bibigyan ka namin ng isang **Detalyadong Abiso ng Paglabas**. Ibinibigay ng abisong ito ang nakaplanong petsa ng paglabas mo at ipinapaliwanag nang detalyado ang mga dahilan kung bakit ang iyong doktor, ang ospital, at sa tingin namin ay tama (angkop sa medikal) para sa iyo na mapalabas sa petsang iyon.

Maaari kang makakuha ng sample ng **Detalyadong Abiso ng Paglabas** sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. (Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.) O maaari kang makakita ng halimbawang abiso online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Hakbang 2: Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay nagsasagawa ng hiwalay na pagsusuri ng iyong kaso.

- Itatanong sa iyo (o sa kinatawan mo) ng mga propesyonal sa kalusugan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (“ang mga tagasuri”) kung bakit naniniwala kang dapat magpatuloy ang saklaw para sa mga serbisyo. Hindi mo kailangang maghanda ng anuman sa pamamagitan ng pagsulat, ngunit maaari mong gawin ito kung gusto mo.
- Titingnan ng mga tagasuri ang inyong pakikipag-usap sa medikal na impormasyon sa inyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng ospital at ng aming plano.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Sa tanghali ng araw pagkatapos sabihin sa amin ng mga tagasuri ang iyong apela, makakatanggap ka ng nakasulat na paunawa mula sa amin na nagbibigay ng nakaplanong petsa ng paglabas mo. Detalyading ipinapaliwanag din ng abisong ito ang mga dahilan kung bakit ang iyong doktor, ang ospital, at sa tingin namin ay tama (angkop sa medikal) para sa iyo na mapalabas sa petsang iyon.

Hakbang 3: Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nito, ibibigay sa inyo ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang kanilang sagot sa inyong apela.

Ano ang mangyayari kung ang sagot ay oo?

- Kung oo ang sagot ng organisasyon ng pagsusuri, **dapat naming patuloy na ibigay ang iyong mga saklaw na serbisyo sa ospital bilang inpatient hangga't ang mga serbisyong ito ay medikal na kinakailangan.**
- Kakailanganin mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi sa mga gastos (tulad ng mga deductible o copayment, kung naaangkop ang mga ito). Bilang karagdagan, maaaring may mga limitasyon sa iyong mga saklaw na serbisyo sa ospital.

Ano ang mangyayari kung ang sagot ay hindi?

- Kung sinabi ng organisasyon ng pagsusuri na hindi, sinasabi nila na ang nakaplanong petsa ng paglabas mo ay medikal na naaangkop. Kung mangyari ito, **ang aming saklaw para sa inyong mga serbisyo sa ospital ng inpatient ay magtatapos** sa tanghali sa araw **pagkatapos** na ibigay sa inyo ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang sagot nito sa inyong apela.
- Kung tumanggi ang organisasyon ng pagsusuri sa iyong apela at nagpasya kang manatili sa ospital, **maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga** ng pangangalaga sa ospital na natatanggap mo pagkalipas ng tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang sagot nito sa iyong apela.

Hakbang 4: Kung ang sagot sa iyong Level 1 na apela ay hindi, magpapasya ka kung gusto mong gumawa ng isa pang apela.

- Kung ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay tumanggi sa iyong apela, **at** mananatili ka sa ospital pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas mo, maaari kang gumawa ng isa pang apela. Ang paggawa ng isa pang apela ay nangangahulugang pupunta ka sa “Level 2” ng proseso ng mga apela.

Seksyon 8.3 Bai-baitang: Paano maghain ng Level 2 na apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas mula sa ospital

Para sa Level 2 na apela, hihilingin ninyo sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad na suriing muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong unang apela. Kung tatanggihan ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang iyong Level 2 na apela, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para sa pananatili mo pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas mo.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Hakbang 1: Makipag-ugnayan muli sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad at humingi ng isa pang pagsusuri.

- Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito sa **loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sinagot ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ng hindi ang inyong Level 1 na Apela. Maaari lang ninyong hilingin ang pagsusuring ito kung nanatili kayo sa ospital makalipas ang petsa na natapos ang inyong saklaw para sa pangangalaga.

Hakbang 2: Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay gumagawa ng pangalawang pagsusuri sa iyong sitwasyon.

- Ang mga tagasuri sa Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay titingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

Hakbang 3: Sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang kahilingan mo para sa Level 2 na apela, ang mga tagasuri ay magpapasya sa iyong apela at sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon.***Kung oo ang sagot ng organisasyon ng pagsusuri:***

- **Dapat ka naming bayaran** para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital na natanggap mo mula tanghali sa araw pagkatapos ng petsa na ang iyong unang apela ay tinanggihan ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad. **Ipagpapatuloy namin ang pagbibigay ng saklaw para sa inyong pangangalaga sa ospital hangga't ito ay medikal na kinakailangan.**
- Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi sa mga gastos at maaaring malapat ang mga limitasyon sa saklaw.

Kung hindi ang sagot ng organisasyon ng pagsusuri:

- Nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyong ginawa nila sa iyong Level 1 na apela.
- Ang abisong matatanggap mo ay magsasabi sa iyo nang nakasulat kung ano ang maaari mong gawin kung nais mong magpatuloy sa proseso ng pagsusuri.

Hakbang 4: Kung hindi ang sagot, kakailanganin mong magdesisyon kung gusto mong isagawa pa ang iyong apela sa pamamagitan ng pagpunta sa Level 3.

- Mayroong tatlong karagdagang level sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Level 2 (para sa kabuuang limang level ng apela). Kung gusto mong pumunta sa isang Level 3 na apela, ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na makukuha mo pagkatapos ng iyong desisyon sa Level 2 na apela.
- Ang Level 3 na apela ay pinangangasiwaan ng isang Hukom ng Batas Administratibo o tagahatol na abogado. Ang **Seksyon 10** ng kabanatang ito ay nagsasabi ng higit pa tungkol sa Level 3, 4, at 5 ng proseso ng mga apela.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

SEKSYON 9 Paano hihilingin sa amin na patuloy na sakupin ang ilang partikular na medikal na serbisyo kung sa tingin mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong saklaw

Seksyon 9.1 Ang seksyong ito ay tungkol lamang sa tatlong serbisyo: Pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sinanay na pag-aalaga, at mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF)

Kapag nakakakuha ka ng mga sakop na **serbisyong pangkalusugan sa tahanan, sinanay na pangangalaga, o pangangalaga sa rehabilitasyon (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, may karapatan kang patuloy na makuha ang mga serbisyo sa iyo para sa ganoong uri ng pangangalaga hangga't kailangan ang pangangalaga upang masuri at magamot ang iyong sakit o pinsala.

Kapag nagpasya kaming oras na para ihinto ang pagsakop sa alinman sa tatlong uri ng pangangalaga para sa iyo, kinakailangan naming sabihin sa iyo nang maaga. Kapag natapos na ang inyong saklaw para sa serbisyong iyon, kami ay **hihinto sa pagbabayadng inyong pangangalaga**.

Kung sa palagay mo ay masyadong maaga naming tinapos ang saklaw para sa inyong pangangalaga, **maaari kang umapela sa aming desisyon**. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung paano humingi ng apela.

Seksyon 9.2 Sasabihin namin sa iyo nang maaga kung kailan matatapos ang saklaw mo

Legal na Termino

“Abiso ng Hindi Pagiging Saklaw ng Medicare.” Sinasabi nito sa iyo kung paano ka maaaring humiling ng isang **“mabilis na sinusubaybayang apela.”** Ang paghiling ng mabilis na sinusubaybayang apela ay isang pormal, legal na paraan upang humiling ng pagbabago sa aming desisyon sa saklaw tungkol sa kung kailan ihihinto ang pangangalaga sa iyo.

- 1. Makakatanggap ka ng abiso sa pamamagitan ng sulat** hindi bababa sa dalawang araw bago ang aming plano ay huminto sa pagsakop sa pangangalaga sa iyo. Sasabihin sa inyo ng abiso na:
 - Ang petsa kung kailan kami titigil sa pagsakop sa pangangalaga para sa iyo.
 - Paano humiling ng “mabilis na sinusubaybayang apela” para hilingin sa amin na patuloy na sakupin ang pangangalaga sa iyo sa mas mahabang panahon.
- 2. Ikaw, o isang taong kumikilos sa ngalan mo, ay hihilingin na lagdaan ang nakasulat na abiso upang ipakita na natanggap mo ito.** Ang paglagda sa abiso ay nagpapakita *lamang* na natanggap mo ang impormasyon kung kailan ihihinto ang iyong saklaw. **Ang paglagda nito ay hindi nangangahulugan na sumasang-ayon ka sa desisyon ng plano na ihinto ang pangangalaga.**

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)**Seksyon 9.3 Bai-baitang: Paano gumawa ng Level 1 na apela upang masakop ng aming plano ang pangangalaga sa iyo sa mas mahabang panahon**

Kung gusto mong hilingin sa amin na sakupin ang iyong pangangalaga sa mas mahabang panahon, kakailanganin mong gamitin ang proseso ng mga apela upang isagawa ang kahilingang ito. Bago ka magsimula, unawain kung ano ang kailangan mong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Sundin ang proseso.**
- **Tugunan ang mga deadline.**
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. O tawagan ang iyong State Health Insurance Assistance Program, isang organisasyon ng gobyerno na nagbibigay ng pasadyang tulong.

Sa panahon ng Level 1 na apela, sinusuri ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (Quality Improvement Organization) ang iyong apela. Nagpapasya ito kung ang petsa ng pagtatapos para sa pangangalaga sa iyo ay medikal na naaangkop.

Ang **Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad** ay isang grupo ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalaga sa kalusugan na binabayaran ng Pederal na pamahalaan upang suriin at tumulong na mapabuti ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Kabilang dito ang pagsusuri sa mga desisyon ng plano tungkol sa kung kailan oras na upang ihinto ang pagsakop sa ilang partikular na uri ng medikal na pangangalaga. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Hakbang 1: Gawin ang iyong Antas 1 na apela: makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad at humingi ng mabilis na sinusubaybayang apela. Kailangan mong kumilos nang mabilis.

Paano ka makikipag-ugnayan sa organisasyong ito?

- Sasabihin sa iyo ng nakasulat na abiso na natanggap mo (*Abiso sa Hindi Saklaw ng Medicare*) kung paano makakausap ang organisasyong ito. O hanapin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad para sa iyong estado sa Kabanata 2.
- Paano ka makikipag-ugnayan sa organisasyong ito.
- ***Kumilos kaagad:***
 - Dapat kayong makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad upang simulan ang inyong apela **sa tanghali ng araw bago ang petsa ng bisa** sa Abiso ng Hindi Pagiging Saklaw ng Medicare na ipinadala namin sa inyo.

Hakbang 2: Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay nagsasagawa ng hiwalay na pagsusuri ng iyong kaso.

Legal na Termino
“Detalyadong Paliwanag ng Pagiging Hindi Saklaw.” Abiso na nagbibigay ng mga detalye sa mga dahilan para sa pagtatapos ng saklaw.

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilis na pagsusuri?

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Itatanong sa iyo, (o sa kinatawan mo), ng mga propesyonal sa kalusugan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (“ang mga tagasuri”) kung bakit naniniwala kang dapat magpatuloy ang saklaw para sa mga serbisyo. Hindi mo kailangang maghanda ng anuman sa pamamagitan ng pagsulat, ngunit maaari mong gawin ito kung gusto mo.
- Tinitingnan ng mga tagasuri ang inyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sa inyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- Sa pagtatapos ng araw na sinabi sa amin ng mga tagasuri ang iyong apela, makukuha mo ang **Detalyadong Paliwanag ng Pagiging HindiSakaw** mula sa amin na nagpapaliwanag nang detalyado sa aming mga dahilan sa pagtatapos ng aming saklaw para sa mga serbisyo sa iyo.

Hakbang 3: Sa loob ng isang buong araw pagkatapos nilang makuha ang lahat ng impormasyon na kailangan nila, sasabihin sa iyo ng mga tagasuri ang kanilang desisyon.

Ano ang mangyayari kung oo ang sinabi ng mga tagasuri?

- Kung *oo* ang sagot ng mga tagasuri sa iyong apela, **dapat naming patuloy na ibigay ang iyong mga saklaw na serbisyo hangga't ito ay medikal na kinakailangan.**
- Kakailanganin mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi sa mga gastos (tulad ng mga deductible o copayment, kung naaangkop ang mga ito). Maaaring may mga limitasyon sa iyong mga saklaw na serbisyo.

Ano ang mangyayari kung hindi ang sinabi ng mga tagasuri?

- Kung sasabihin ng mga reviewer na *hindi*, **magtatapos ang iyong saklaw sa petsang sinabi namin sa iyo.**
- Kung magpasya kang patuloy na kunin ang pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, o pangangalaga sa pasilidad ng sinanay na pag-aalaga, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) pagkatapos ng petsang ito kapag **natapos** ang iyong saklaw, **ikaw mismo ang kailangang magbayad ng buong halaga** ng pangangalagana ito.

Hakbang 4: Kung ang sagot sa iyong Level 1 na apela ay hindi, magpapasya ka kung gusto mong gumawa ng isa pang apela.

- Kung ang mga tagasuri ay nagsabi ng hindi sa iyong Level 1 na apela **at** pipiliin mong ipagpatuloy ang pagkuha ng pangangalaga pagkatapos matapos ng iyong pagkakasakop para sa pangangalaga, maaari kang gumawa ng Level 2 na apela.

Seksyon 9.4 Bai-baitang: Paano gumawa ng Level 2 na apela upang masakop ng aming plano ang pangangalaga sa iyo sa mas mahabang panahon

Para sa Level 2 na apela, hihilingin ninyo sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad na suriing muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong unang apela. Kung tatanggihan ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang iyong Level 2 na apela, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para sa iyong pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, o pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) **pagkatapos** ng petsa kung kailan sinabi namin na ang iyong saklaw ay tapos na.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Hakbang 1: Makipag-ugnayan muli sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad at humingi ng isa pang pagsusuri.

- Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito sa **loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na sinagot ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ng *Hindi* ang inyong Antas 1 na Apela. Maaari lamang kayong humiling ng pagsusuring ito kung magpapatuloy kayo sa pangangalaga pagkatapos ng petsa na natapos ang inyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Hakbang 2: Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay gumagawa ng pangalawang pagsusuri sa iyong sitwasyon.

- Ang mga tagasuri sa Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri ay titingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

Hakbang 3: Sa loob ng 14 na araw pagkatapos matanggap ang kahilingan mo sa apela, magpapasya ang mga tagasuri sa iyong apela at sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon.***Ano ang mangyayari kung oo ang sinabi ng pagsusuri sa organisasyon?***

- **Ibabalik namin ang ibinayad ninyo** para sa aming bahagi sa mga gastusin sa pangangalagang natanggap ninyo mula nang sabihin naming magtatapos na ang inyong saklaw **Dapat naming ipagpatuloy ang pagbibigay ng saklaw** para sa pangangalaga hangga't ito ay medikal na kinakailangan.
- Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong parte sa mga gastos, at maaaring may mga limitasyon sa saklaw na nalalapat.

Ano ang mangyayari kung hindi ang sinabi ng pagsusuri sa organisasyon?

- Nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyong ginawa sa iyong Level 1 na apela.
- Ang abisong matatanggap mo ay magsasabi sa iyo nang nakasulat kung ano ang maaari mong gawin kung nais mong magpatuloy sa proseso ng pagsusuri. Ibibigay nito sa iyo ang mga detalye tungkol sa kung paano magpatuloy sa susunod na level ng apela, na pinangangasiwaan ng Hukom ng Batas Administratibo o tagahatol ng abogado.

Hakbang 4: Kung hindi ang sagot, kakailanganin mong magdesisyon kung gusto mong isagawa pa ang iyong apela.

- Mayroong tatlong karagdagang level sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Level 2, para sa kabuuang limang level. Kung gusto mong magpatuloy sa Level 3 na apela, ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na makukuha mo pagkatapos ng desisyon mo sa Level 2 na apela.
- Ang Level 3 na apela ay pinangangasiwaan ng isang Hukom ng Batas Administratibo o tagahatol na abogado. Nagsasabi ng higit pa ang **Seksyon 10** sa kabanatang ito ang proseso para sa Level 3, 4, at 5 na mga apela.

SEKSYON 10 Pagdadala ng iyong apela sa Level 3 at higit pa

Seksyon 10.1 Level 3 at 4 ng Apela para sa Mga Kahilingan sa Medikal na Serbisyo

Maaaring naaangkop ang seksyong ito sa inyo kung gumawa kayo ng Level 1 na Apela at Level 2 na Apela, at ang inyong mga apela ay tinanggihan. Ang liham na makukuha mo mula sa Integrated Administrative Hearing

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Office (IAHO) ay magsasabi sa iyo kung ano ang gagawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

Kung kailangan mo ng tulong sa anumang yugto ng proseso ng mga apela, maaari kang makipag-ugnayan sa Independent Consumer Advocacy Network (ICAN). Ang numero ng telepono ay **1-844-614-8800**.

Antas 3 na apela Ang **Medicare Appeals Council** (konseho) ay susuriin ang iyong apela at bibigyan ka ng sagot. Bahagi ang Konseho ng Pederal na pamahalaan.

- **Kung oo ang sagot, o kung tinanggihan ng Konseho ang aming kahilingan na suriin ang isang paborableng desisyon sa Level 3 na apela sa, ang proseso ng mga apela ay *maaaring matapos hindi*.** Hindi tulad ng desisyon sa Level 2, may karapatan kaming mag-apela ng desisyon sa Level 3 na pabor sa iyo. Kami ang magpapasya kung iaapela ang desisyong ito sa Level 4.
 - Kung *hindi* ang pasya namin sa desisyon ng apela, dapat ka naming pahintulutan o bigyan ng medikal na pangangalaga sa loob ng 60 araw pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.
 - Kung mapagpasiyahan naming iapela ang desisyon, ipapaalam namin sa inyo sa pamamagitan ng pagsulat.
- **Kung ang sagot ay hindi o kung tatanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, ang proseso ng mga apela ay *maaaring matapos o hindi*.**
 - Kung magpasya kang tanggapin ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, ang proseso ng apela ay tapos na.
 - Kung ayaw mong tanggapin ang desisyon, maaari kang magpatuloy sa susunod na level ng proseso ng pagsusuri. Kung tumanggi ang Konseho sa iyong apela, sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung pinahihintulutan ka ng mga patakaran na magpatuloy sa isang Level 4 na apela at kung paano magpatuloy sa isang Level 4 na apela.

Antas 4 na apela Ang isang hukom sa **Federal District Court** ay susuriin ang iyong apela.

- Susuriin ng isang hukom ang lahat ng impormasyon at magpapasya ng *oo* o *hindi* sa iyong kahilingan. Ito ay isang pangwakas na sagot. Walang ibang antas ng apela na higit pa sa Hukuman ng Pederal na Distrito.

Seksyon 10.2 Mga karagdagang apela sa Medicaid

Mayroon rin kayong iba pang karapatan sa pag-apela kung ang inyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o bagay na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal. Ang liham na makukuha mo mula sa opisina ng Fair Hearing ay magsasabi sa iyo kung ano ang gagawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

Seksyon 10.3 Mga Level 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Part D

Maaaring naaangkop ang seksyong ito sa inyo kung gumawa kayo ng Level 1 na Apela at Level 2 na Apela, at ang inyong mga apela ay tinanggihan.

Kung ang halaga ng gamot na inyong inapela ay nakakatugon sa isang tiyak na halaga ng dolyar, maaari kayong magpatuloy sa mga karagdagang level ng apela. Kung ang halaga ng dolyar ay mas kaunti, hindi ka na makaka-apela pa. Ang nakasulat na tugon na makukuha niyo sa inyong Level 2 na Apela ay nagpapaliwanag kung sino ang dapat kontakin at kung ano ang gagawin para humingi ng Level 3 na Apela.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Para sa karamihan ng sitwasyong may kinalaman sa mga apela, ang huling tatlong level ng apela ay gumagana sa halos parehong paraan. Narito kung sino ang humahawak sa pagsusuri ng iyong apela sa bawat isa sa mga level na ito.

Antas 3 na apela Ang isang Hukom sa Batas Administratibo o tagahatol ng abogado na nagtatrabaho para sa Pederal na gobyerno ay susuriin ang iyong apela at magbibigay sa iyo ng sagot.

- **Kung oo ang sagot, tapos na ang proseso ng mga apela.** Dapat naming **pahintulutan o ibigay ang saklaw sa gamot na inaprubahan ng Hukom sa Batas Administratibo o tagahatol ng abogado sa loob ng 72 oras (24 na oras para sa pinabilis na mga apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon.
- **Kung ang sagot ay hindi, ang proseso ng mga apela ay maaaring matapos o hindi.**
 - Kung magpasya kang tanggapin ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, ang proseso ng apela ay tapos na.
 - Kung ayaw mong tanggapin ang desisyon, puwede kang magpatuloy sa susunod na level ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na apela Ang Medicare Appeals Council (Konseho) ay susuriin ang iyong apela at bibigyan ka ng sagot. Bahagi ang Konseho ng Pederal na pamahalaan.

- **Kung oo ang sagot, tapos na ang proseso ng mga apela.** Dapat naming **pahintulutan o ibigay ang saklaw ng gamot na inaprubahan ng Konseho sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang desisyon.
- **Kung ang sagot ay hindi, ang proseso ng mga apela ay maaaring matapos o hindi.**
 - Kung magpasya kang tanggapin ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, ang proseso ng apela ay tapos na.
 - Kung ayaw mong tanggapin ang desisyon, maaari kang magpatuloy sa susunod na level ng proseso ng pagsusuri. Kung tumanggi ang Konseho sa iyong apela o tinanggihan ang iyong kahilingan na suriin ang apela, sasabihin sa iyo ng abiso kung pinapayagan ka ng mga patakaran na magpatuloy sa isang Level 5 na apela. Sasabihin din nito sa iyo kung sino ang dapat maka-ugnayan at kung ano ang susunod na gagawin kung pipiliin mong magpatuloy sa iyong apela.

Antas 5 na apela Ang isang hukom sa Federal District Court ay susuriin ang iyong apela.

- Susuriin ng isang hukom ang lahat ng impormasyon at magpapasya ng oo o hindi sa iyong kahilingan. Ito ay isang pangwakas na sagot. Walang ibang antas ng apela na higit pa sa Hukuman ng Pederal na Distrito.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)**SEKSYON 11 Paano mag-reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, serbisyo sa customer, o iba pang alalahanin****Seksyon 11.1 Anong mga uri ng problema ang hinahawakan ng proseso ng reklamo?**

Ang proseso ng reklamo ay ginagamit *lamang* para sa ilang uri ng mga problema. Kabilang dito ang mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, oras ng paghihintay, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng problemang pinangangasiwaan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng medikal na pangangalaga sa iyo	Hindi ka ba nasisiyahan sa kalidad ng pangangalaga na natanggap mo (kabilang ang pangangalaga sa ospital)?
Paggalang sa inyong privacy	Hindi ba iginalang ng isang tao ang karapatan mo sa privacy o nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon?
Kawalang-galang, hindi magandang serbisyo sa customer, o iba pang negatibong pag-uugali	- May naging bastos o walang galang ba sa iyo? - Hindi ka ba nasisiyahan sa aming Mga Serbisyo sa Miyembro? - Nararamdaman mo bang hinihikayat kang umalis sa plano?
Mga oras ng paghihintay	- Nahihirapan kayong kumuha ng appointment, o masyadong naghihintay ng matagal upang makuha ito? - Pinaghintay ka ba ng napakatagal ng mga doktor, parmasyutiko, o iba pang propesyonal sa kalusugan? O ng aming mga kawani sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa plano? - Kasama sa mga halimbawa ang paghihintay ng masyadong matagal sa telepono, sa waiting o exam room, o pagkuha ng reseta.
Kalinisan	Hindi ka ba nasisiyahan sa kalinisan o kalagayan ng isang klinika, ospital, o opisina ng doktor?
Impormasyong nakukuha ninyo mula sa amin	- Nabigo ba kaming bigyan ka ng kinakailangang abiso? - Mahirap bang maunawaan ang aming nakasulat na impormasyon?
Pagiging napapanahon (Ang mga uri ng reklamong ito ay nauugnay lahat sa pagiging napapanahon ng aming mga aksyon na nauugnay sa mga desisyon sa saklaw at apela)	Kung humingi ka ng desisyon sa pagsakop o gumawa ng apela at sa tingin mo ay hindi kami mabilis na tumutugon, maaari kang magreklamo tungkol sa aming pagkamabagal. Narito ang mga halimbawa: - Humingi ka sa amin ng isang "mabilis na desisyon sa saklaw" o isang "mabilis na apela," at tumanggi kami; maaari kang magreklamo. - Naniniwala kang hindi namin natutugunan ang mga deadline para sa mga desisyon sa saklaw o mga apela; maaari kang magreklamo.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Reklamo	Halimbawa
	- Naniniwala ka na hindi namin natutugunan ang mga deadline para sa pagsaklaw o pagbabayad sa iyo para sa ilang partikular na medikal na gamit o serbisyo o gamot na naaprubahan; maaari kang magreklamo. - Naniniwala kang nabigo kami sa mga kinakailangang deadline para sa pagpapasa ng iyong kaso sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri; maaari kang magreklamo.

Seksyon 11.2 Paano gumawa ng reklamo

Mga Legal na Tuntunin
- Ang "Reklamo" ay tinatawag din na "karaingan." - Ang "Paggawa ng reklamo" ay tinatawag din na "paghahain ng karaingan." - Ang "paggamit ng proseso para sa mga reklamo" ay tinatawag ding "paggamit ng proseso para sa paghahain ng karaingan." - Ang "mabilis na apela" ay tinatawag ding "pinabilis na karaingan."

Seksyon 11.3 Bai-baitang: Paggawa ng reklamo**Hakbang 1: Makipag-ugnayan sa amin kaagad – sa pamamagitan man ng pagtawag o sulat.**

- Karaniwan, ang pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ay ang unang hakbang.** Kung mayroon pa kayong ibang kailangang gawin, sasabihin sa inyo ng Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Kung ayaw mong tumawag (o tumawag ka at hindi ka nasiyahan), maaari mong isulat ang reklamo mo at ipadala ito sa amin. Kung isusulat mo ang iyong reklamo, tutugon kami sa iyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.
- Susubukan naming lutasin ang reklamo mo sa tawag. Kung humingi ka ng nakasulat na tugon, magsampa ng nakasulat na karaingan, o ang iyong reklamo ay nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, tutugon kami sa iyo nang nakasulat. Kung hindi namin mareresolba ang reklamo mo sa pamamagitan ng pagtawag, mayroon kaming pormal na pamamaraan para suriin ang iyong mga reklamo. Tinatawag namin itong aming Proseso ng Karaingan ng Miyembro.
- Ikaw, o ang awtorisadong kinatawan mo, ay may karapatan na magsampa ng pinabilis na karaingan sa tuwing kukuha ng palugit ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sa paggawa ng desisyon sa pagpapasiya o muling pagsasaalang-alang ng organisasyon, o kapag tumanggi kami sa isang kahilingan na pabilisin ang pagpapasiya o muling pagsasaalang-alang ng organisasyon. (Hindi kami maaaring kumuha ng palugit kapag gumagawa ng desisyon sa saklaw o ang pagpapasya sa isang apela ay may kasamang Part B o Part D na gamot.) Tutugon ang Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) sa mga pinabilis na karaingan na ito sa loob ng (24) oras pagkatapos matanggap.

Kabanata 8: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

- Dapat naming tugunan ang hinaing mo sa lalong madaling panahon na kinakailangan ng iyong kaso batay sa iyong katayuan sa kalusugan, ngunit hindi lalampas sa 30 araw pagkatapos matanggap ang iyong reklamo. Maaari naming pahabain ang takdang panahon ng hanggang 14 na araw kung hihilingin mo ang palugit, o kung kailangan namin ng dagdag na impormasyon at ang pagkaantala ay para sa pinakamahasay mong interes.
- **Tumawag ka man o sumulat, dapat kang makipag-ugnayan kaagad sa Mga Serbisyo sa Miyembro.** Maaari kang magreklamo anumang oras pagkatapos mong magkaroon ng problema na gusto mong ireklamo.

Hakbang 2: Isinasaalang alang namin ang iyong apela at binibigyan ka ng aming sagot.

- **Kung maaari, sasagutin namin kayo kaagad.** Kung tatawagan mo kami para magreklamo, puwede ka naming bigyan ng sagot sa parehong tawag sa telepono.
- **Karamihan sa mga reklamo ay sinasagot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo.** Kung kailangan namin ng higit pang impormasyon at ang pagkaantala ay para sa pinakamahasay na interes mo o kung humingi ka ng karagdagang oras, maaari kaming tumagal ng hanggang 14 pang araw sa kalendaryo (44 na araw sa kalendaryo sa kabuuan) para masagot ang reklamo mo. Kung mapagpasiyahan naming iapela ang desisyon, ipapaalam namin sa inyo sa pamamagitan ng pagsulat.
- **Kung gumagawa kayo ng reklamo dahil hindi namin inaprubahan ang inyong kahilingan para sa "mabilis na desisyon sa saklaw" o "mabilis na apela," awtomatiko naming ibibigay sa inyo ang "mabilis na reklamo" at sasagutin ang inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.** Kung mayroon kang "mabilisang reklamo", nangangahulugan ito na bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 24 na oras.
- **Kung hindi kami sumasang-ayon** sa ilan o lahat ng reklamo mo o hindi inaako ang responsibilidad para sa problemang iyong inirereklamo, isasama namin ang aming mga dahilan sa aming tugon sa iyo.

Seksyon 11.4 Maaari kayong magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad

Kapag ang inyong reklamo ay tungkol sa **kalidad ng pangangalaga**, mayroon din kayong dalawang karagdagang pagpipilian:

- **Maaari kayong magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga nang direkta sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad.** Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay isang grupo ng mga nagsasanay na doktor at iba pang mga eksperto sa pangangalaga sa kalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at mapabuti ang pangangalaga na ibinigay sa mga pasyente ng Medicare. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- *O*
- **Maaari kayong magreklamo sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad at sa aming plano.**

Seksyon 11.5 Maaari mo ring sabihin sa Medicare at Medicaid ang tungkol sa reklamo mo

Puwede kang magsumite ng reklamo tungkol sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nang direkta sa Medicare. Para magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY/TDD ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048.

KABANATA 9:

*Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa
aming plano*

Kabanata 9: Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano**SEKSYON 1 Paano tapusin ang pagiging miyembro mo sa aming plano**

Ang pagtatapos ng iyong membership sa Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) ay maaaring **kusang-loob**(iyong sariling opsyon) o **hindi-kusa**(hindi mo sariling opsyon):

- Puwede kang umalis sa plano namin dahil napagdesisyunan mong umalis na. Ang Seksyon 2 at 3 ay nagbibigay ng impormasyon sa pagwawakas ng pagiging miyembro mo nang kusang-loob.
- Mayroon ding mga limitadong sitwasyon kung saan hindi mo pinipiling umalis, ngunit kinakailangan naming wakasan ang pagiging miyembro mo. Sinasabi sa iyo ng Seksyon 5 ang tungkol sa mga sitwasyon kung kailan dapat naming tapusin ang pagiging miyembro mo.

Kung aalis ka sa aming plano, dapat magpatuloy ang aming plano sa pagbibigay ng medikal na pangangalaga at mga inireresetang gamot sa iyo at patuloy mong babayaran ang iyong parte sa gastos hanggang sa matapos ang pagiging miyembro mo.

SEKSYON 2 Kailan mo maaaring tapusin ang pagiging miyembro mo sa aming plano?
Seksyon 2.1 Maaari mong wakasan ang pagiging miyembro mo (membership) dahil mayroon kang Medicare at Medicaid

- Tinatapos ng karamihan sa mga taong may Medicare ang kanilang pagiging miyembro (membership) sa ilang partikular na panahon ng taon. Dahil mayroon kang Medicaid, maaari mong tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan anumang buwan ng taon. Mayroon ka ring mga opsyon na magpatala sa isang plan ng Medicare anumang buwan kabilang ang:
 - Original Medicare na may hiwalay na plan ng Medicare sa resetang gamot,
 - Original Medicare na walang hiwalay na plan ng Medicare sa resetang gamot (Kung pipiliin mo ang opsyong ito, maaaring itala ka ng Medicare sa gamot ng plan, maliban kung hindi mo pinili ang awtomatikong pagpapatala.), o
 - Kung karapat-dapat, isang integrated na D-SNP na nagbibigay ng iyong Medicare at karamihan o lahat ng iyong benepisyo ng Medicaid at serbisyo sa isang plan.

Tandaan: Kung aalis ka sa pagkakatala mula sa resetang gamot na saklaw ng Medicare at pupunta ng walang maasahang saklaw ng inireresetang gamot para sa sunod-sunod na panahon na 63 araw o higit pa, maaaring kailanganin mong magbayad ng late enrollment penalty ng Part D kung sasali ka sa isang plan sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Makipag-ugnayan sa iyong Opisina ng Medicaid ng Estado upang malaman ang tungkol sa mga opsyon mo sa plan ng Medicaid (ang mga numero ng telepono ay nasa Kabanata 2, Seksyon 6 ng dokumentong ito).

- Iba pang mga opsyon sa plan sa kalusugan ng Medicare na magagamit sa panahon ng Annual Enrollment Period. Sinasabi sa iyo ng Seksyon 2.2 ang higit pa tungkol sa Annual Enrollment Period.
- **Kailan magtatapos ang pagiging miyembro (membership) mo?** Matatapos ang inyong pagiging miyembro sa huling araw ng buwan na matanggap namin ang inyong kahilingang palitan ang inyong plano. Ang inyong pagpapatala sa iyong bagong plano ay magsisimula din sa araw na ito.

Kabanata 9: Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano**Seksyon 2.2 Maaari mong wakasan ang pagiging miyembro mo sa panahon ng Taunang Panahon ng Pagpapatala**

Maaari mong wakasan ang iyong pagiging miyembro (membership) sa panahon ng **Taunang Panahon ng Pagpapatala** (kilala rin bilang Panahon ng Taunang Bukas na Pagpapatala). Sa panahong ito, suriin ang iyong saklaw sa kalusugan at gamot at magpasya tungkol sa saklaw para sa paparating na taon.

- Ang **Taunang Panahon ng Pagpapatala** ay mula **Oktubre 15 hanggang Disyembre 7**.
- **Piliin na panatilihin ang iyong kasalukuyang saklaw o gumawa ng mga pagbabago sa iyong saklaw para sa paparating na taon.** Kung magpasya kang lumipat sa isang bagong plano, maaari mong piliin ang alinman sa mga sumusunod na uri ng mga plano:
 - Isa pang planong pangkalusugan ng Medicare, mayroon o walang saklaw ng inireresetang gamot.
 - Original na Medicare na *may* hiwalay na plan ng Medicare sa resetang gamot

O

- Orihinal na Medicare na *walang* hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare.
- **Ang iyong pagiging miyembro (membership) ay magwawakas sa aming plano** kapag nagsimula ang saklaw ng iyong bagong plano sa Enero 1.

Kung nakatanggap ka ng "Karagdagang Tulong" mula sa Medicare para bayaran ang mga inireresetang gamot sa iyo: Kung lilipat kayo sa Original Medicare at hindi nagpatala sa isang hiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare, puwedeng magpatala kayo ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali.

Tandaan: Kung aalis ka sa pagkakatala mula sa saklaw ng Medicare sa inireresetang gamot at hindi na-kredito ang saklaw ng inireresetang gamot para 63 araw o higit pa nang sunud-sunod, maaaring kailanganin mong magbayad ng parusa sa huling pagpapatala ng Part D kung sasali ka sa isang plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Seksyon 2.3 Maaari mong wakasan ang pagiging miyembro mo sa panahon ng Bukas na Panahon ng Pagpapatala sa Medicare Advantage

Mayroon kang pagkakataon na gumawa ng isang pagbabago sa iyong saklaw sa kalusugan sa panahon ng **Medicare Advantage Open Enrollment Period**.

- **Ang taunang Medicare Advantage Open Enrollment Period** ay mula Enero 1 hanggang Marso 31, at para sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na nakapagpatala na sa isang MA plan, mula sa buwan ng pagkakaroon ng karapatan sa Part A at Part B hanggang sa huling araw ng ika-3 na buwan ng pagkakaroon ng karapatan.
- **Sa panahon ng taunang Bukas na Panahon ng Pagpapatala sa Medicare Advantage** maaari kang:
 - Lumipat sa iba pang Medicare Advantage Plan na mayroon o walang saklaw ng inireresetang gamot.
 - Umalis mula sa pagkakatala mula sa aming plano at makakuha ng saklaw sa pamamagitan ng Orihinal na Medicare. Kung pipiliin mong lumipat sa Orihinal na Medicare sa panahong ito, maaari ka ring sumali sa isang hiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare sa panahong iyon.

Kabanata 9: Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano

- **Magtatapos ang iyong pagiging miyembro** sa unang araw ng buwan pagkatapos mong magpatala sa ibang plano ng Medicare Advantage o makuha namin ang iyong kahilingang lumipat sa Orihinal na Medicare. Kung pipiliin mo rin na magpatala sa isang plano sa iniresetang gamot ng Medicare, ang iyong pagiging miyembro sa plano ng gamot ay magsisimula sa unang araw ng buwan pagkatapos makuha ng plano ng gamot ang iyong kahilingan sa pagpapatala.

Seksyon 2.4 Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari mong wakasan ang iyong pagiging miyembro sa panahon ng Espesyal na Panahon ng Pagpapatala

Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari kang maging kwalipikadong tapusin ang iyong pagiging miyembro sa iba pang mga oras ng taon. Kilala ito bilang isang **Espesyal na Panahon ng Pagpapatala**.

Maaari kang maging kwalipikado na wakasan ang iyong pagiging miyembro sa panahon ng a Espesyal na Panahon ng Pagpapatala kung alinman sa mga sumusunod na sitwasyon ang angkop sa iyo. Ito ay mga halimbawa lamang, para sa buong listahan maaari kang makipag-ugnayan sa plano, tumawag sa Medicare, o bisitahin ang website ng Medicare (www.medicare.gov):

- Kadalasan, kapag lumipat ka na.
- Kung mayroon kang New York Medicaid.
- Kung ikaw ay kwalipikado para sa "Karagdagang Tulong" sa pagbabayad para sa iyong mga reseta ng Medicare.
- Kung lalabag kami sa aming kontrata sa iyo.
- Kung ikaw ay kumukuha ng pangangalaga sa isang institusyon, tulad ng isang bahay pagamutan o pangmatagalang pangangalaga (LTC) na ospital.
- Kung ikaw ay magpapatala sa Programa ng All-inclusive Care for the Elderly (PACE).
- **Tandaan:** Kung kayo ay nasa drug management program, maaaring hindi ninyo magawang baguhin ang mga plano. Ang Kabanata 5, Seksyon 10 ay nagsasabi sa iyo ng higit pa tungkol sa mga programa sa pamamahala ng gamot.
- **Tandaan:** Sinasabi sa iyo ng Seksyon 2.1 ang higit pa tungkol sa espesyal na panahon ng pagpapatala para sa mga taong may Medicaid.

Ang mga yugto ng panahon ng pagpapatala ay nag-iiba depende sa sitwasyon mo.

Para malaman kung kwalipikado ka para sa Espesyal na Panahon ng Pagpapatala, pakitawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kwalipikado kang wakasan ang iyong pagiging miyembro dahil sa isang espesyal na sitwasyon, maaari mong piliing baguhin ang iyong saklaw sa kalusugan ng Medicare at saklaw ng inireresetang gamot. Maaari kang pumili:

- Isa pang plan ng Medicare sa kalusugan na mayroon o walang saklaw ng resetang gamot,
- Original Medicare na *may* hiwalay na plan ng Medicare sa resetang gamot,
- - o - Original Medicare na *walang* hiwalay na plan ng Medicare sa resetang gamot.

Tandaan: Kung aalis ka sa pagkakatala mula sa saklaw ng Medicare sa inireresetang gamot at hindi na-kredito ang saklaw ng inireresetang gamot para 63 araw o higit pa nang sunud-sunod, maaaring kailanganin mong magbayad ng parusa sa huling pagpapatala ng Part D kung sasali ka sa isang plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Kabanata 9: Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano

Kung nakatanggap ka ng "Karagdagang Tulong" mula sa Medicare para bayaran ang mga inireresetang gamot sa iyo: Kung lilipat kayo sa Original Medicare at hindi nagpatala sa isang hiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare, puwedeng magpatala kayo ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali.

Ang iyong pagiging miyembro ay karaniwang magtatapos sa unang araw ng buwan pagkatapos matanggap ang kahilingan mo na baguhin ang iyong plano.

Tandaan: Sasabihin sa iyo ng Seksyon 2.1 at 2.2 ang higit pa tungkol sa espesyal na panahon ng pagpapatala para sa mga taong may Medicaid at "Karagdagang Tulong."

Seksyon 2.5 Makakakuha kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano ninyo wawakasan ang pagiging miyembro ninyo?
--

Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa pagtatapos ng pagiging miyembro mo, maaari mong:

- **Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.**
- Hanapin ang impormasyon sa *Medicare & You 2025* na handbook.
- Tumawag sa **Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. (TTY 1-877-486-2048).

SEKSYON 3 Paano tapusin ang pagiging miyembro mo sa aming plano?

Ipinapaliwanag ng talaan sa ibaba kung paano mo dapat tapusin ang pagiging miyembro mo sa aming plano.

Kung gusto mong lumipat mula sa aming plano patungo sa:	Ito ang dapat mong gawin:
• Ibang planong pangkalusugan ng Medicare	• Magpatala sa bagong Medicare na plano. Magsisimula ang iyong bagong saklaw sa unang araw ng susunod na buwan. • Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala mula sa Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) kapag nagsimula ang saklaw ng iyong bagong plano.
• Orihinal na Medicare na <i>may</i> hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare	• Mag-enroll sa isang bagong plano sa inireresetang gamot ng Medicare. Magsisimula ang iyong bagong saklaw sa unang araw ng susunod na buwan. • Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala mula sa Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) kapag nagsimula ang saklaw ng iyong bagong plano.

Kabanata 9: Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano**Kung gusto mong lumipat mula sa aming plano patungo sa:****Ito ang dapat mong gawin:**

- Orihinal na Medicare na *walang* hiwalay na plano sa resetang gamot ng Medicare.
 - Kung lilipat kayo sa Original Medicare at hindi nagpatala sa isang hiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare, puwedeng magpatala kayo ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali.
 - Kung aalis ka sa pagkakatala sa saklaw ng Medicare sa inireresetang gamot at 63 araw o higit pa na magkakasunod na walang mapagkakatiwalaang saklaw ng inireresetang gamot, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa huli sa pagpapatala kung sasali ka sa isang plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.
- **Padalhan kami ng nakasulat na kahilingan para umalis sa pagkakatala** Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon kung paano ito gagawin.
- Maaari ka ring makipag-ugnayan sa **Medicare**, sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, at hilingin na maalis sa pagkakatala. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Aalisin ka sa pagkakatala sa Senior Whole Health ng New York NHC (HMO D-SNP) kapag nagsimula ang saklaw mo sa Orihinal na Medicare.

Tandaan: Kung aalis ka sa pagkakatala mula sa saklaw ng Medicare sa inireresetang gamot at hindi na-kredito ang saklaw ng inireresetang gamot para 63 araw o higit pa nang sunud-sunod, maaaring kailanganin mong magbayad ng parusa sa huling pagpapatala ng Part D kung sasali ka sa isang plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Para sa mga tanong tungkol sa mga benepisyo mo ng Medicaid, makipag-ugnayan sa New York Medicaid sa (800) 505-5678, Nassau County Department of Social Services (516) 227-7474, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services (718) 557-1399, Orange County Department of Social Services (845) 291-4000, Rockland County Department of Social Services (845) 364-3040 o Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333, Lunes - Biyernes, 8:30 a.m. – 8 p.m., Sabado 10 a.m. – 6 p.m. Itanong kung paanong ang pagsali sa iba pang plan o pagbabalik sa Original Medicare ay naapektuhan ng kung paano mo nakukuha ang iyong saklaw ng Medicaid.

SEKSYON 4 Hanggang sa matapos ang membership mo, dapat mong patuloy na makuha ang iyong mga medikal na kagamitan, serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano

Hanggang sa matapos ang iyong pagiging miyembro (membership) sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), at magsimula ang iyong bagong saklaw sa Medicare, dapat mong ipagpatuloy ang pagkuha ng mga medikal na gamit mo, serbisyo at mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano.

- **Patuloy na gamitin ang aming mga provider sa network upang makatanggap ng medikal na pangangalaga.**

Kabanata 9: Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano

- Patuloy na gamitin ang aming mga serbisyo sa mga parmasyang nasa network upang mapunan ang inyong mga reseta.
- Kung ikaw ay naospital sa araw na natapos ang iyong pagiging miyembro, ang iyong pamamalagi sa ospital ay sasaklawin ng aming plano hanggang sa ikaw ay mapalabas (kahit na pinalabas ka pagkatapos magsimula ang iyong bagong saklaw sa kalusugan).

SEKSYON 5 Dapat tapusin ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang membership mo sa plano sa ilang partikular na sitwasyon

Seksyon 5.1 Kailan namin dapat tapusin ang pagiging miyembro (membership) mo sa plano?

Dapat wakasan ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang iyong pagiging miyembro (membership) sa plano kung mangyari ang alinman sa mga sumusunod:

- Kung wala ka nang Medicare Part A at Part B.

Kung hindi ka na kwalipikado para sa Medicaid. Gaya ng nakasaad sa Kabanata 1, Seksyon 2.1, ang aming plano ay para sa mga taong kwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid. Kapag natukoy ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) na hindi mo na natutugunan ang mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado, makakatanggap ka ng sulat ng abiso na nagsasaad ng dahilan para sa posibleng pag-alis sa pagkakatala. Pagkatapos ay magkakaroon ka ng 6 na buwan (180 araw) mula sa petsa ng sulat para tumugon para sa muling pagsasaalang-alang ng iyong pagiging kuwalipikado sa pagiging miyembro ng Plano.

- Lilipat ka sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar.
- Kung wala ka sa lugar na sineserbisuhan namin nang higit sa anim na buwan.
 - Kung lilipat kayo o magbibiyahe nang matagal, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung ang lugar na lilipatan o pupuntahan ninyo ay nasa pinagseserbisyuhang lugar ng aming plano.
- Kung ikaw ay makulong (mapunta sa bilangguan)
- Kung hindi ka na isang mamamayan ng United States o hindi naaayon sa batas na naroroon sa United States.
- Kung nagsisinungaling ka tungkol sa o ipinagkait ang impormasyon tungkol sa iba pang seguro na mayroon kayo para sa mga inireresetang gamot
- Kung sinasadya mong bigyan kami ng maling impormasyon kapag nag-enroll ka sa plano namin at nakakaapekto ang impormasyong iyon sa pagiging karapat-dapat mo para sa plano namin. (Hindi ka namin mapapaalis sa aming plano para sa kadahilanang ito maliban kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
- Kung patuloy kang kumikilos sa paraang nakakagambala at nagpapahirap sa amin na maghatid ng pangangalagang medikal para sa iyo at sa iba pang miyembro ng plano namin. (Hindi ka namin mapapaalis sa aming plano para sa kadahilanang ito maliban kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
- Kung hahayaan ninyo ang ibang tao na gamitin ang inyong ID card ng plano upang makakuha ng medikal na pangangalaga. (Hindi ka namin mapapaalis sa aming plano para sa kadahilanang ito maliban kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
 - Kung wawakasan namin ang iyong pagiging miyembro dahil sa kadahilanang ito, maaaring ipaimbestigahan ng Medicare ang iyong kaso ng Inspector General.

Kabanata 9: Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano

- Kung kinakailangan mong magbayad ng karagdagang halaga sa Part D dahil sa iyong kita at hindi mo ito babayaran, tatanggalin ka ng Medicare mula sa aming plan.

Saan ka makakakuha ng higit pang impormasyon?

Kung mayroon kang tanong o gusto ng higit pang impormasyon kung kailan namin maaaring wakasan ang iyong pagiging miyembro, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Seksyon 5.2 Hindi namin maaaring hilingin sa iyo na umalis sa aming plano para sa anumang kadahilanang nauugnay sa kalusugan

Hindi pinapayagan ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) na hilingin sa iyo na umalis sa aming plano para sa anumang kadahilanang nauugnay sa kalusugan.

Ano ang dapat mong gawin kung mangyari ito?

Kung sa tingin mo ay hinihiling ka na umalis sa aming plano dahil sa isang kadahilanang nauugnay sa kalusugan, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (TTY 1- 877-486-2048).

Seksyon 5.3 Ang inyong karapatang magreklamo kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung tatapusin namin ang inyong membership sa aming plano, dapat naming sabihin sa inyo ang aming mga dahilan para sa pagtatapos ng inyong pagiging miyembro sa pamamagitan ng sulat. Dapat din naming ipaliwanag kung paano ka makakapaghain ng karaingan o gumawa ng reklamo tungkol sa aming desisyon na wakasan ang pagiging miyembro mo.

KABANATA 10:

Mga legal na abiso

Kabanata 10: Mga legal na abiso

SEKSYON 1 Abiso tungkol sa namamahalang batas

Ang pangunahing batas na nalalapat sa dokumentong ito ng Katibayan ng Saklaw ay Title XVIII ng Social Security Act at ang mga regulasyong nilikha sa ilalim ng Social Security Act ng Centers for Medicare & Medicaid Services, o CMS. Bilang karagdagan, ang iba pang mga Pederal na batas ay maaaring ilapat at, sa ilalim ng ilang partikular na pagkakataon, ang mga batas ng estado na tinitirhan mo. Ito ay maaaring makaapekto sa mga karapatan at responsibilidad mo kahit na ang mga batas ay hindi kasama o ipinaliwanag sa dokumentong ito.

SEKSYON 2 Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina

Hindi kami nagdidiskrimina batay sa lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, oryentasyong sekswal, kapansanan sa pag-iisip o pisikal, katayuan sa kalusugan, karanasan sa pag-claim, medikal na kasaysayan, genetic na impormasyon, ebidensya ng pagkakaseguro, o heyograpikong lokasyon sa loob ng pinagseserbisyuhang lugar. Ang lahat ng organisasyon na nagbibigay ng mga plano ng Medicare Advantage, tulad ng aming plano, ay dapat sumunod sa mga Pederal na batas laban sa diskriminasyon, kabilang ang Title VI ng Civil Rights Act of 1964, ang Rehabilitation Act of 1973, ang Age Discrimination Act of 1975, ang Americans with Disabilities Act, Section 1557 ng Affordable Care Act, lahat ng iba pang batas na nalalapat sa mga organisasyong kumukuha ng pederal na pondo, at anumang iba pang batas at panuntunan na nalalapat para sa anumang iba pang dahilan.

Kung gusto mo ng karagdagang impormasyon o may mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato, pakitawagan ang Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights** sa 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o sa iyong lokal na Office for Civil Rights. Maaari mo ring suriin ang impormasyon mula sa Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights sa <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Kung mayroon kang kapansanan at kailangan mo ng tulong sa pag-access sa pangangalaga, pakitawagan kami sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Kung mayroon kang reklamo, tulad ng problema sa access ng wheelchair, makakatulong ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

SEKSYON 3 Abiso tungkol sa mga karapatan sa paghalili ng Pangalawang Nagbabayad ng Medicare

Mayroon kaming karapatan at responsibilidad na mangolekta para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare kung saan hindi ang Medicare ang pangunahing nagbabayad. Ayon sa mga regulasyon ng CMS sa 42 CFR sections 422.108 at 423.462, ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), bilang isang Medicare Advantage Organization, ay gagamit ng parehong mga karapatan sa pagbawi na ginagamit ng Kalihim sa ilalim ng mga regulasyon ng CMS sa mga subpart B hanggang D ng bahagi 411 ng 42 CFR at ang mga tuntunin na itinatag sa seksyong ito ay pumapalit sa anumang batas ng Estado.

KABANATA 11:

Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Kabanata 11: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Ambulatory Surgical Center – Ang Ambulatory Surgical Center ay isang entity na eksklusibong nagpapatakbo para sa layunin ng pagbibigay ng mga serbisyo sa operasyon ng outpatient sa mga pasyenteng hindi nangangailangan ng pagpapaospital at na ang inaasahang pananatili sa center ay hindi lalampas sa 24 na oras.

Apela – Ang apela ay isang bagay na gagawin mo kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon na tanggihan ang kahilingan para sa saklaw ng mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan o mga inireresetang gamot o pagbabayad para sa mga serbisyo o gamot na natanggap mo na. Maaari ka ring mag-apela kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon na itigil ang mga serbisyo na iyong natatanggap.

Panahon ng Benepisyo– Ang paraan na pareho sa aming plano at Orihinal na Medicare ay sinusukat ang paggamit sa iyo ng mga serbisyo ng ospital at pasilida ng sinanay na pag-aalaga (SNF). Magsisimula ang panahon ng benepisyo sa araw na pumunta ka sa isang ospital o pasilidad ng sinanay na pag-aalaga. Ang panahon ng benepisyo ay magtatapos kapag hindi ka nakatanggap ng anumang pangangalaga sa ospital bilang inpatient (o sinanay na pag-aalaga sa isang SNF) sa loob ng 60 araw na magkakasunod. Kung pupunta ka sa isang ospital o isang pasilidad ng sinanay na pag-aalaga pagkatapos ng isang panahon ng benepisyo, magsisimula ang bagong panahon ng benepisyo. Walang limitasyon sa bilang ng mga panahon ng benepisyo.

Biyolohikal na Produkto – Isang inireresetang gamot na ginawa mula sa natural at buhay na pinagmumulan tulad ng mga selula ng hayop, mga selula ng halaman, bakterya, o lebadura. Ang mga biyolohikal na produkto ay mas kumplikado kaysa sa ibang mga gamot at hindi maaaring eksaktong kopyahin, kaya ang mga alternatibong anyo ay tinatawag na mga biosimilar. (Tingnan rin ang “**Orihinal na Produktong Biyolohikal**” at “**Biosimilar**”).

Biosimilar – Isang inireresetang gamot na itinuturing na halos kapareho, ngunit hindi eksaktong kapareho ng orihinal na produktong biyolohikal. Ang mga biosimilar ay kasing ligtas at epektibo ng orihinal na produktong biyolohikal. Ang ilang mga biosimilar ay maaaring ipalit sa orihinal na biolohikal na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta. (Tignan ang “**Interchangeable Biosimilar**”).

May brand na gamot Isang inireresetang gamot na ginawa at ibinebenta ng kumpanya na orihinal na gumawa ng gamot. May parehong mga sangkap ang mga may brand na gamot tulad ng mga generic na bersyon ng mga gamot. Gayunpaman, ang mga generic na gamot ay ginawa at ibinebenta ng ibang mga manufacturer ng gamot at sa pangkalahatan ay hindi magagamit hanggang matapos ang patent sa may brand na gamot ay nag-expire.

Catastrophic Coverage Stage – Ang yugto sa Part D na Benepisyo sa Gamot na magsisimula kapag ikaw (o ibang mga kuwalipikadong partido sa ngalan mo) ay gumastos ng \$2,000 para sa Part D na mga saklaw na gamot sa panahon ng saklaw na taon. **Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS)** – Ang pederal na ahensyang namamahala sa Medicare.

Coinsurance – Isang halaga na maaaring kailanganin mong bayaran, na ipinahayag bilang isang porsyento (halimbawa 20%) bilang parte mo sa gastos para sa mga serbisyo o inireresetang gamot.

Reklamo — Ang pormal na pangalan para sa paggawa ng reklamo ay **paghahain ng karaingan**. Ang proseso ng reklamo ay ginagamit lamang para sa ilang uri ng mga problema. Kabilang dito ang mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, oras ng paghihintay, at serbisyo sa customer na natanggap mo. Kabilang rin dito ang mga reklamo kung ang iyong plan ay hindi sumusunod sa mga yugto ng panahon sa proseso ng apela.

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) – Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo sa rehabilitasyon pagkatapos ng isang karamdaman o pinsala, kabilang ang pisikal na therapy, mga serbisyong panlipunan o sikolohikal, therapy sa paghinga, therapy sa trabaho at mga serbisyo ng pathology sa pagsasalita-wika, at mga serbisyo sa pagsusuri sa kapaligiran ng tahanan.

Kabanata 11: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Copayment (o copay) – Isang halaga na maaaring kailanganin mong bayaran bilang iyong parte sa gastos para sa isang medikal na serbisyo o supply, tulad ng pagbisita sa isang doktor, pagbisita sa outpatient sa ospital, o isang inireresetang gamot. Ang copayment ay isang nakatakdang halaga (halimbawa \$10), sa halip na isang porsyento.

(Cost-sharing) Bahagi sa gastos – Ang bahagi sa gastos ay tumutukoy sa mga halagang kailangang bayaran ng isang miyembro kapag natanggap ang mga serbisyo o gamot. Kasama sa hatian sa gastos ang anumang kumbinasyon ng sumusunod na tatlong uri ng mga pagbabayad: (1) anumang mababawas na halaga na maaaring ipataw ng isang plano bago saklawin ang mga serbisyo o gamot; (2) anumang nakapirming halaga ng copayment na kailangan ng isang plano kapag natanggap ang isang partikular na serbisyo o gamot; o (3) anumang halaga ng coinsurance, isang porsyento ng kabuuang halaga na binayaran para sa isang serbisyo o gamot na kailangan ng isang plano kapag natanggap ang isang partikular na serbisyo o gamot.

Pagpapasiya ng Saklaw – Ang isang desisyon tungkol sa kung ang isang gamot na inireseta para sa iyo ay sakop ng plano at ang halaga, kung mayroon man, kailangan mong bayaran para sa reseta. Sa pangkalahatan, kung dadalhin mo ang iyong reseta sa isang parmasya at sasabihin sa iyo ng parmasya na hindi saklaw ang reseta sa ilalim ng iyong plano, hindi iyon pagpapasiya sa saklaw. Kailangan mong tumawag o sumulat sa iyong plano para humingi ng pormal na desisyon tungkol sa saklaw. Ang mga pagpapasiya sa saklaw ay tinatawag na mga desisyon sa pagsaklaw.

Mga saklaw na gamot: Ang terminong ginagamit namin ay nangangahulugan ng lahat ng reseta at over-the-counter (OTC) na gamot na saklaw ng aming plano.

Mga Sakop na Serbisyo – Ang terminong ginagamit namin ay nangangahulugan ng lahat ng mga serbisyo at supply ng pangangalaga sa kalusugan na sakop ng aming plano.

Mapagkakatiwalaang Saklaw ng Inireresetang Gamot – Saklaw ng inireresetang gamot (halimbawa, mula sa isang employer o unyon) na inaasahang magbabayad, sa karaniwan, ng hindi bababa sa karaniwang saklaw ng inireresetang gamot ng Medicare. Ang mga tao na may ganitong uri ng saklaw kapag sila ay naging karapat-dapat para sa Medicare ay karaniwan na maaaring panatilihin ang saklaw na iyon na walang binabayaranang multa kung pipiliin nilang magpatala sa resetang gamot na saklaw ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Kustodial na Pangangalaga – Ang kustodial na pangangalaga ay personal na pangangalaga na ibinibigay sa isang bahay pagamutan, hospisyo, o iba pang setting ng pasilidad kapag hindi mo kailangan ng medikal na sinanay na pangangalaga o sinanay na pag-aalaga. Ang kustodial na pangangalaga, na ibinibigay ng mga taong walang propesyonal na kasanayan o pagsasanay, ay kinabibilangan ng tulong sa mga aktibidad ng pang-araw-araw na pamumuhay tulad ng pagligo, pagbibihis, pagkain, pagpunta o pag-alis sa kama o upuan, paglipat-lipat, at paggamit ng banyo. Maaaring kabilang din dito ang uri ng pangangalagang nauugnay sa kalusugan na ginagawa ng karamihan sa mga tao, tulad ng paggamit ng mga pamatak sa mata. Hindi nagbabayad ang Medicare para sa kustodial na pangangalaga.

Pang-araw-araw na rate ng hatian sa gastos – Ang isang pang-araw-araw na rate ng hatian sa gastos ay maaaring ilapat kapag ang iyong doktor ay nagreseta ng mas mababa sa isang buwang supply ng ilang partikular na gamot para sa iyo at kailangan mong magbayad ng isang copayment. Ang pang-araw-araw na rate ng hatian sa gastos ay ang copayment na hinati sa bilang ng mga araw sa isang buwang supply. Narito ang halimbawa: Kung ang iyong copayment para sa isang buwang supply ng gamot ay \$30, at ang isang buwang supply sa iyong plan ay 30 araw, ang iyong “pang-araw-araw na rate ng hatian sa gastos” ay \$1 bawat araw.

Pag-alis sa pagkakatala: Ang proseso ng pagtatapos ng inyong pagiging miyembro sa aming plano.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) – Isang uri ng plan na nagtatala ng mga indibidwal na may karapatan sa parehong Medicare (Title XVIII ng Social Security Act) at tulong medikal mula sa isang plan ng estado sa

Kabanata 11: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

ilalim ng Medicaid (title XIX). Sinasaklaw ng mga estado ang ilang mga gastos sa Medicare, depende sa estado at pagiging kwalipikado ng indibidwal.

Dually Eligible Individuals – Isang tao na karapat-dapat para sa saklaw ng Medicare at Medicaid.

Matibay na Kagamitang Medikal (DME) – Ilang medikal na kagamitang iniutos ng iyong doktor para sa mga medikal na dahilan. Kasama sa mga halimbawa ang mga panlakad, wheelchair, saklay, powered mattress system, supply pang-diabetes, IV infusion pump, speech generating device, kagamitan sa oxygen, nebulizer, o kama ng ospital na iniutos ng provider para magamit sa bahay.

Emergency – Ang medikal na emergency ay kapag ikaw, o sinumang iba pang maingat na tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kang mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon para maiwasan ang panganib sa buhay (at kung ikaw ay isang buntis, nawalan ng isang hindi pa isinisilang na sanggol), pagkawala ng isang paa, o kawalan ng paggana ng isang paa, o may malubhang kapansanan sa isang paggana ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay maaaring isang sakit, pinsala, matinding pananakit, o isang kondisyong medikal na mabilis na lumalala.

Emergency na Pangangalga – Mga saklaw na serbisyo na: (1) ibinibigay ng isang provider na kwalipikadong magbigay ng mga serbisyong pang-emergency; at (2) kailangan upang gamutin, suriin, o pagalingin ang isang emergency na medikal na kondisyon.

Handbook ng Miyembro at Impormasyon sa Paghahayag: Ang dokumentong ito, kasama ang inyong form ng pagpapatala at anumang iba pang attachment, o rider, na nagpapaliwanag sa inyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin, ang inyong mga karapatan, at kung ano ang dapat ninyong gawin bilang isang miyembro ng aming plano.

Eksepsyon – Isang uri ng desisyon sa pagsakop na, kung naaprubahan, ay papayagan kang makakuha ng gamot na wala sa aming pormularyo (isang eksepsyon sa pormularyo), o kumuha ng hindi ginustong gamot sa mas mababang antas ng pagbabahagi sa gastos (isang baitang eksepsyon). Maaari ka ring humiling ng pagbubukod kung sinabi ng aming plan na subukan ang ibang gamot bago makuha ang iyong hinihiling na gamot, kung kailangan ng aming plan ng paunang awtorisasyon para sa isang gamot at nais mong alisin namin ang mga pamantayan ng paghihigpit, o kung ang aming plano ay naglilimita sa dami o dosis ng iyong hinihiling na gamot (pagbubukod sa pormularyo).

(Extra Help) Karagdagang Tulong – programa ng Medicare upang tulungan ang mga tao na may limitadong kita at pinagkukunan na bayaran ang mga gastos sa programa ng resetang gamot ng Medicare, gaya ng mga premium, deductible, at coinsurance.

Generic na Gamot – Isang inireresetang gamot na inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) bilang may parehong (mga) aktibong sangkap sa may brand na gamot. Sa pangkalahatan, ang generic na gamot ay mabisa katulad ng branded na gamot at karaniwang mas mura.

Karaingan – Isang uri ng reklamo na ginawa mo tungkol sa aming plano, mga provider, o mga parmasya, kabilang ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa iyo. Hindi ito nagsasangkot ng saklaw o mga hindi pagkakaunawaan sa bayad.

Katulong sa Kalusugan sa Tahanan – Isang taong nagbibigay ng mga serbisyong hindi nangangailangan ng mga kasanayan ng isang lisensyadong nars o therapist, tulad ng tulong sa personal na pangangalaga (tulad ng pagligo, paggamit ng palikuran, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga iniresetang ehersisyo).

Hospisyo– Isang benepisyo na nagbibigay ng espesyal na paggamot para sa isang miyembro na medikal na nasertipikahan bilang may karamdamang nakamamatay, ibig sabihin ay may pag-asa sa buhay na 6 na buwan o

Kabanata 11: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

mas mababa pa. Kami, ang iyong plano, ay dapat magbigay sa iyo ng listahan ng mga hospisy sa iyong heyograpikong lugar. Kung pipili ka ng hospisy at patuloy na magbabayad ng mga premium, miyembro ka pa rin ng aming plano. Makukuha mo pa rin ang lahat ng medikal na serbisyong kinakailangan gayundin ang mga karagdagang benepisyo na inaalok namin.

Pananatili ng Inpatient sa Ospital – Isang pamamalagi sa ospital kapag ikaw ay pormal na ipinasok sa ospital para sa mga sinanay na medikal na serbisyo. Kahit na manatili kayo sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kayong ituring na isang outpatient.

Halaga ng Kaugnay na Pagsasaayos ng Buwanang Kita (IRMAA) – Kung ang iyong binagong inaayos na kabuuang kita gaya ng iniulat sa iyong IRS tax return mula 2 taon na ang nakalipas ay mas mataas sa isang partikular na halaga, babayaran mo ang karaniwang halaga ng premium at isang Halaga ng Kaugnay na Pagsasaayos ng Buwanang Kita, na kilala rin bilang IRMAA. Ang IRMAA ay isang karagdagang bayad na idinagdag sa iyong premium. Mas mababa sa 5% ng mga taong may Medicare ang apektado, kaya karamihan sa mga tao ay hindi magbabayad ng mas mataas na premium.

Initial Coverage Stage – Ito ang yugto bago umabot ang iyong sariling gastos para sa taon sa itinakdang halagang hangganan para sa sariling gastos.

Panahon ng Paunang Pagpapatala – Kapag ikaw ay unang kwalipikado para sa Medicare, ang yugto ng panahon kung kailan ka makakapag-sign up para sa Medicare Part A at Part B. Kung ikaw ay kwalipikado para sa Medicare kapag ikaw ay 65 taong gulang, ang iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala ay ang 7-buwan na panahon na magsisimula 3 buwan bago ang buwan na ikaw ay naging 65, kasama ang buwan na ikaw ay naging 65, at nagtatapos 3 buwan pagkatapos ng buwan na ikaw ay naging 65.

Integrated D-SNP – D-SNP na sumasaklaw sa Medicare at karamihan o lahat ng mga serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng isang plan ng pangkalusugan para sa mga partikular na grupo ng mga indibidwal na karapat-dapat para sa parehong Medicare at Medicaid. Ang mga indibidwal na ito ay kilala rin bilang may buong benepisyo at dually eligible individuals.

(Interchangeable Biosimilar) Mapapalitang Biosimilar – Biosimilar na maaaring gamitin bilang pamalit para sa orihinal na biosimilar na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta dahil natutugunan nito ang mga karagdagang kinakailangan na nauugnay sa potensyal para sa awtomatikong pagpapalit. Ang awtomatikong pagpapalit sa parmasya ay napapailalim sa batas ng estado.

(List of Covered Drugs) Listahan ng Mga Saklaw na Gamot (Pormularyo o Listahan ng Gamot) – Isang listahan ng mga resetang gamot na saklaw ng plan.

Subsidy sa May Mababang Kita (Subsidy sa may mababang kita, LIS) – Sumangguni sa “Karagdagang Tulong.”

Manufacturer Discount Program – Isang programa kung saan ang mga tagagawa ng gamot ay nagbabayad ng bahagi ng buong halaga ng plano para sa mga saklaw na Part D na pangalan ng brand na gamot at biologics. Ang mga diskwento ay batay sa mga kasunduan sa pagitan ng Pederal na pamahalaan at tagagawa ng gamot.

Maximum na Mula sa Bulsang Halaga – Ang pinakamaximum na babayaran mo mula sa bulsa sa taon ng kalendaryo para sa mga sakop na serbisyo ng Part A at Part B. Ang mga halagang binabayaran mo para sa iyong mga premium ng Medicare Part A at Part B, at ang mga inireresetang gamot ay hindi binibilang sa maximum na mula sa bulsang halaga. Kung kwalipikado ka para sa tulong sa hatian sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medicaid, hindi ka mananagot sa pagbabayad ng anumang gastos mula sa bulsa patungo sa maximum na halagang mula sa bulsa para sa mga sakop na serbisyo ng Part A at Part B. (Tandaan: Dahil ang aming mga miyembro ay nakakakuha

Kabanata 11: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

din ng tulong mula sa Medicaid, napakakaunting mga miyembro ang nakakaabot ng maximum na halagang mula sa bulsa na ito.)

Medicaid (o Tulong Medikal) – Isang magkasanib na programang Pederal at estado na tumutulong sa mga gastusing medikal para sa ilang taong may mababang kita at limitadong mapagkukunan. Ang mga programang Medicaid ay nag-iiba-iba sa bawat estado, ngunit karamihan sa mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan ay sinasaklaw kung kwalipikado ka para sa parehong Medicare at Medicaid.

(Medically Accepted Indication) Tinatanggap na Indikasyon sa Medikal– Isang paggamit ng gamot na alinman ay aprubado ng Food and Drug Administration o sinusupportahan ng mga tiyak na sanggunian, tulad ng American Hospital Formulary Service Drug Information at Mircomdex DRUGDEX Information system.

Medikal na Kinakailangan – Mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan para sa pag-iwas, pagsusuri, o paggamot sa iyong medikal na kondisyon at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan.

Medicare: Ang pederal na programa sa segurong pangkalusugan para sa mga taong 65 taong gulang o mas matanda, ilang taong wala pang 65 taong gulang na may ilang partikular na kapansanan, at mga taong may nasa huling yugto na sakit sa bato (karaniwan ay ang mga may permanenteng kidney failure na nangangailangan ng dialysis o isang kidney transplant).

Panahong Bukas ng Pagpapatala sa Medicare Advantage – Ang yugto ng panahon mula Enero 1 hanggang Marso 31 kung kailan maaaring kanselahin ng mga miyembro sa isang plano ng Medicare Advantage ang kanilang pagpapatala sa plano at lumipat sa ibang plano ng Medicare Advantage, o makakuha ng saklaw sa pamamagitan ng Original Medicare. Kung pipiliin mong lumipat sa Orihinal na Medicare sa panahong ito, maaari ka ring sumali sa isang hiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare sa panahong iyon. Available din ang Bukas na Panahon ng Pagpapatala sa Medicare Advantage para sa isang 3 buwang panahon pagkatapos ang isang indibidwal ay unang maging kwalipikado para sa Medicare.

Medicare Advantage (MA) Plan – Kung minsan ay tinatawag na Medicare Part C. Isang plano na inaalok ng isang pribadong kumpanya na nakikipagkontrata sa Medicare para ibigay sa iyo ang lahat ng mga benepisyo mo sa Medicare Part A at Part B. Ang Medicare Advantage Plan ay maaaring i) HMO, ii) PPO, iii) Private Fee-for-Service (PFFS) na plan, o iv) Medicare Medical Savings Account (MSA) na plan. Bukod sa pagpili sa mga ganitong uri ng mga plano, ang isang Medicare Advantage HMO o PPO plan ay maaari ding maging Special Needs Plan (SNP). Sa karamihan ng kaso, nag-aalok din ang Medicare Advantage Plans ng Medicare Part D (saklaw sa inireresetang gamot). Ang mga planong ito ay tinatawag na Medicare Advantage Plans na may Saklaw na Inireresetang Gamot.

Mga Serbisyong Saklaw ng Medicare – Mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A at Part B. Ang lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare ay dapat sumaklaw sa lahat ng mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A at B. Ang terminong Medicare-Covered Services (Mga Serbisyong Saklaw ng Medicare) ay hindi kasama ang mga karagdagang benepisyo, gaya ng paningin, pang-ngipin, o pagdinig, na maaaring mag-alok ng plano ng Medicare Advantage.

Medicare Health Plan – Ang isang planong pangkalusugan ng Medicare ay inaalok ng isang pribadong kumpanya na nakikipagkontrata sa Medicare para magbigay ng mga benepisyo ng Part A at Part B sa mga taong may Medicare na nagpatala sa plano. Kasama sa terminong ito ang lahat ng Medicare Advantage Plans, Medicare Cost Plan, Special Needs Plans, Demonstration/Pilot Programs, at Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Saklaw ng Inireresetang Gamot ng Medicare (Medicare Part D) – Seguro para tumulong sa pagbabayad para sa mga inireresetang gamot, bakuna, biyolohikal, at ilang mga supply na hindi saklaw ng Medicare Part A o Part B.

Kabanata 11: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Medigap (Insurance ng Karagdagang Medicare) Policy – Pandagdag na seguro ng Medicare na ibinebenta ng mga pribadong kumpanya ng seguro upang punan ang "gaps" sa Orihinal na Medicare. Gumagana lang ang mga patakaran ng Medigap sa Orihinal na Medicare. (Ang Medicare Advantage Plan ay hindi isang patakaran ng Medigap.)

Miyembro (Miyembro ng aming Plano, o Miyembro ng Plano) – Isang taong may Medicare at Medi-Cal na kwalipikadong makakuha ng mga saklaw na serbisyo, na nagpatala sa aming plano, at na ang pagpapatala ay nakumpirma ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) at ng estado.

Mga Serbisyo para sa Miyembro– Isang departamento sa aming plano na responsable sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa inyong pagiging miyembro, mga benepisyo, mga karaingan, at mga apela.

Parmasya ng Network – Isang parmasya na nakikipagkontrata sa aming plano kung saan ang mga miyembro ng aming plano ay makakakuha ng kanilang mga benepisyo sa inireresetang gamot. Sa karamihan ng kaso, saklaw lamang ang mga reseta mo kung pupunan ang mga ito sa isa sa aming mga parmasya sa network.

Provider ng Network – Provider ay ang pangkalahatang termino para sa mga doktor, iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan, ospital, at iba pang pasilidad ng pangangalaga sa kalusugan na lisensyado o sertipikado ng Medicare at ng Estado upang magkaloob ng mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan. **Ang mga provider ng network** ay mayroong kasunduan sa aming plano na tanggapin ang aming bayad bilang bayad nang buo, at sa ilang kaso upang makipag-ugnayan at magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ang mga tagapagkaloob na nasa network ay tinatawag ding mga "tagapagkaloob ng plano."

Pagpapasiya ng Organisasyon – Isang desisyon na ginagawa ng aming plano tungkol sa kung ang mga bagay o serbisyo ay sakop o kung magkano ang kailangan mong bayaran para sa mga sakop na gamit o serbisyo. Ang mga pagpapasiya ng organisasyon ay tinatawag na mga desisyon sa saklaw sa dokumentong ito.

(Original Biological Product) Orihinal na Produktong Biyolohikal – Isang biyolohikal na produkto na inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) at nagsisilbing paghambingan para sa mga tagagawa ng biosimilar na bersyon. Ito ay tinatawag din na sanggunian na produkto.

Original Medicare (Tradisyunal na Medicare o Fee-for-Service Medicare) – Ang Original Medicare ay inaalok ng gobyerno, at hindi isang pribadong plan sa pangkalusugan gaya ng mga Medicare Advantage Plan at mga plan sa resetang gamot. Sa ilalim ng Original Medicare, ang mga serbisyo ay saklaw sa pamamagitan ng pagbabayad sa mga doktor, ospital, at mga iba pang provider ng pangangalaga sa kalusugan ng mga halagang itinakda ng Kongreso. Maaari kayong magpakonsulta sa alinmang doktor, ospital, o iba pang tagapagkaloob ng pangangalaga sa kalusugan na tumatanggap ng Medicare. Dapat mong bayaran ang deductible. Binabayaran ng Medicare ang parte nito sa halagang inaprubahan ng Medicare, at babayaran mo ang iyong parte. Ang Original Medicare ay may dalawang bahagi: Part A (Seguro sa Ospital) at Part B (Medikal na Seguro) at available kahit saan sa United States.

Parmasya na Wala sa Network – Isang parmasya na hindi sumang-ayon na makipagtulungan sa aming plano upang makipag-ugnayan o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Karamihan sa gamot na nakukuha mo mula sa mga parmasya na wala sa network ay hindi sakop ng aming plano maliban kung may mga partikular na kundisyon na nalalapat.

Wala sa Network na Provider o Wala sa Network na Pasilidad – Isang provider o pasilidad na walang kontrata sa aming plano para makipag-ugnayan o magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ang mga provider na wala sa network ay mga provider na hindi nagtatrabaho, nagmamay-ari, o pinapatakbo ng aming plano.

Kabanata 11: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Mula sa Bulsang Gastos – Tingnan ang kahulugan para sa hatian sa gastos sa itaas. Ang pangangailangan ng hatian sa gastos ng miyembro na magbayad para sa isang bahagi ng mga serbisyo o gamot na natanggap ay tinutukoy din bilang kinakailangan sa gastos mula sa bulsa ng miyembro.

Hangganan ng Sariling Gastos – Ang pinakamataas na halaga na iyong binabayaran mula sa iyong bulsa para sa mga gamot sa Part D.

PACE plan – Pinagsasama ng PACE plan (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) ang medikal, panlipunan, at long-term services and supports (LTSS) para sa mga mahihinang tao upang matulungan ang mga tao na manatiling malaya at mamuhay sa kanilang komunidad (sa halip na lumipat sa nursing home) hangga't maaari. Ang mga taong nakatala sa mga plano ng PACE ay tumatanggap ng kanilang mga benepisyo sa Medicare at Medicaid sa pamamagitan ng plano.

Part C – tingnan ang Medicare Advantage (MA) Plan.

Part D – Ang voluntaryong Programa ng Benepisyo sa Inireresetang Gamot ng Medicare (Medicare Prescription Drug Benefit Program).

Mga Gamot sa Part D – Mga gamot na maaaring saklawin sa ilalim ng Part D. Maaari o hindi namin iaalok ang lahat ng gamot sa Part D. Ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot ay hindi kasama sa Part D na saklaw ng Kongreso. Ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot sa Part D ay dapat na saklaw ng bawat plano.

Parusa sa Huling Pagpapatala sa Part D – Isang halagang idinagdag sa buwanang premium mo para sa saklaw ng gamot sa Medicare kung wala kang mapagkakatiwalaang saklaw (saklaw na inaasahang magbabayad, sa karaniwan, ng hindi bababa sa karaniwang saklaw ng inireresetang gamot ng Medicare) para sa tuluy-tuloy na panahon ng 63 araw o higit pa pagkatapos mo ay unang kwalipikado na sumali sa isang Part D na plano. Kung nawalan ka ng “Karagdagang Tulong,” maaari kang mapasailalim sa late enrollment penalty kung 63 araw o higit pa ang magkakasunod na walang Part D o iba pang maaasahang saklaw ng resetang gamot.

Premium – Ang pana-panahong pagbabayad sa Medicare, isang kompanya ng seguro, o isang plano sa pangangalaga sa kalusugan para sa saklaw ng kalusugan o inireresetang gamot.

Provider ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) – Ang doktor o ibang provider ng serbisyo na una mong tinitingnan para sa karamihan ng mga problema sa kalusugan. Sa maraming planong pangkalusugan sa Medicare, dapat muna kayong magpakonsulta sa inyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga bago kayo magpatingin sa iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan.

Paunang Awtorisasyon – Pag-apruba nang maaga para makakuha ng mga serbisyo o ilang partikular na gamot. Ang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng paunang awtorisasyon ay minarkahan sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4. Ang mga saklaw na gamot na nangangailangan ng paunang awtorisasyon ay may marka sa pormularyo at ang aming mga pamantayan ay naka-post sa aming website.

Mga Prosthetic at Orthotic – Mga medikal na device kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga brace sa braso, likod, at leeg; artipisyal na paa; artipisyal na mata; at device na kinakailangan upang mapalitan ang isang internal na bahagi o paggana ng katawan, kasama ang mga supply para sa ostomy at enteral at parenteral nutrition therapy.

Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) – Isang grupo ng mga praktikal na doktor at iba pang eksperto sa pangangalaga sa kalusugan na binayaran ng Pederal na pamahalaan upang suriin at pagbutihin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente ng Medicare.

Kabanata 11: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Mga Limitasyon sa Dami – Isang tool sa pamamahala na idinisenyo para limitahan ang paggamit ng mga piling gamot para sa kalidad, kaligtasan, o mga dahilan ng paggamit. Ang mga limitasyon ay maaaring nasa halaga ng gamot na sinasaklaw namin sa bawat reseta o para sa isang tinukoy na yugto ng panahon.

Real-Time Benefit Tool – Isang portal o application ng computer kung saan maaaring maghanap ang mga nakatala ng kumpleto, tumpak, napapanahon, naaangkop sa klinikal at mga saklaw na gamot na partikular sa nakatala at impormasyon ng benepisyo. Kabilang dito ang mga halaga ng bahagi sa gastos, mga polmularyong alternatibong gamot na maaaring gamitin para sa parehong kondisyon ng kalusugan bilang ibinibigay na gamot, at mga paghihigpit sa saklaw (Paunang Awtorisasyon, Step Therapy, mga Limitasyon sa Dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Mga Serbisyo sa Rehabilitasyon – Kabilang sa mga serbisyong ito ang pisikal na therapy, therapy sa pagsasalita at wika, at occupational na therapy.

Lugar ng Serbisyo – Isang heyograpikong lugar kung saan ka dapat manirahan para makasali sa isang partikular na planong pangkalusugan. Para sa mga planong naglilimita kung aling mga doktor at ospital ang maaari ninyong gamitin, ito rin sa pangkalahatan ang lugar kung saan ninyo kukunin ang mga regular (hindi emergency) na serbisyo. Dapat kang alisin sa pagkakatala ng plano kung permanente kang lilipat sa lugar ng serbisyo ng plano.

Pangangalaga sa Pasilidad ng Sanay na Pag-aalaga (SNF) – Mga serbisyo sa pangangalaga ng sinanay na pag-aalaga at rehabilitasyon na ibinibigay nang tuluy-tuloy, araw-araw, sa isang pasilidad ng sinanay na pag-aalaga. Kasama sa mga halimbawa ng pangangalaga ang pisikal na therapy o intravenous injection na maaari lamang ibigay ng isang rehistradong nars o doktor.

Special Needs Plan – Isang espesyal na uri ng Medicare Advantage Plan na nagbibigay ng mas nakatutok na pangangalaga sa kalusugan para sa mga partikular na grupo ng mga tao, tulad ng mga may Medicare at Medicaid, na naninirahan sa isang bahay pagamutan, o may ilang malalang medikal na kondisyon.

Step Therapy – Isang tool sa paggamit na nangangailangan sa iyo na subukan muna ang isa pang gamot para gamutin ang iyong medikal na kondisyon bago namin saklawin ang gamot na maaaring unang inireseta ng iyong physician.

Karagdagang Kita sa Seguridad (Supplemental Security Income, SSI) – Isang buwanang benepisyo ang binabayaran ng Social Security sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na may kapansanan, bulag, o edad 65 at mas matanda. Ang mga benepisyo sa SSI ay iba sa mga benepisyo sa Social Security.

(Urgently Needed Services) Agarang Kinakailangan na mga Serbisyo – Ang serbisyong saklaw ng plan na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon ngunit hindi isang emerhensiya ay tinutukoy na agarang kinakailangang serbisyo kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plan, o kung hindi makatwiran batay sa iyong oras, lugar, at mga pangyayari na makuha ang serbisyong ito mula sa mga network provider na may kontrata sa plan. Ang mga halimbawa ng mga agarang kinakailangang serbisyo ay ang mga hindi inaasahang medikal na karamdaman at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kondisyon. Gayunpaman, mahalaga ang regular na pagbisita sa provider, gaya ng taunang pagsusuri, ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plan o pansamantalang hindi magagamit ang network ng plan.

Medicare Language Assistance Services



Medicare Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-833-671-0440 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-671-0440. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-671-0440. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-833-671-0440。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-833-671-0440 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-671-0440. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-671-0440. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-671-0440. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-671-0440. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-671-0440번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-833-671-0440. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-833-671-0440. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास नःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-833-671-0440 पर कॉल करें। हृदि बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक नःशुल्क सेवा है।

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-833-671-0440. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-671-0440. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-671-0440. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-671-0440. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-671-0440 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Bengali:

আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্নের উত্তর দিতে আমাদের কাছে বিনামূল্যে দো-ভাষীর পরামর্শ রয়েছে। কোনও দো-ভাষী পতে, আমাদের 1-833-671-0440 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কউে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি একটি বিনামূল্যের পরামর্শ।

Yiddish:

מיר האבן פריי יבערזעצער בא דינונגס צו ענטפערן אלע פראגן וואס איר קען האבן וועגן אונזער געזונט אדער מעדיצין פלאן. צו באקומען א יבערזעצער, נאר רופן אונז אויף 1-833-671-0440. איינער וואס רעדט יידיש קען דיר העלפן. דאס איז א פריי סערוויס.

Urdu:

ہم اپنے صحت یا منشیات کے منصوبوں سے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے مفت تشریحی خدمات بھی پیش کرتے ہیں۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو براہ کرم 1-833-671-0440 پر کال کریں۔ اردو بولنے والے عملے آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Greek:

Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις σας σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης της εταιρείας μας. Για να σας παρασχεθεί διερμηνεία, καλέστε μας στο 1-833-671-0440. Κάποιος που μιλά ελληνικά θα σας βοηθήσει. Αυτή η υπηρεσία είναι δωρεάν.



Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) Mga Serbisyo sa Miyembro

Pamamaraan	Mga Serbisyo sa Miyembro – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ay mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter ng wika na available para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
FAX	(310) 507-6186
SUMULAT	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
WEBSITE	SWHNY.com

Ang Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (New York's SHIP) ay isang programa ng estado na kumukuha ng pera mula sa Pederal na pamahalaan para makapagbigay ng libreng pagpapayo sa lokal na seguro sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

Pamamaraan	Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(800) 701-0501 Lunes – Biyernes, 8:30 a.m. hanggang 5:00 p.m., lokal na oras.
SUMULAT	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, New York 12223-1251
WEBSITE	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Pahayag ng Pagbubunyag ng PRA Ayon sa Paperwork Reduction Act ng 1995, walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa isang koleksyon ng impormasyon maliban kung ito ay nagpapakita ng wastong OMB control number. Ang wastong OMB control number para sa koleksyon ng impormasyong ito ay 0938-1051. Kung mayroon kang mga komento o mungkahi para sa pagpapabuti ng form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland